

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

« LES LETTRES AUX MÈRES »

*Expérience médico-sociale fondée sur l'étude
de la psychologie du premier âge*

PAR

P. CHATAGNON et M^{lle} C. CHATAGNON

Un éminent psychiatre, W. White, appelait l'enfance « l'âge d'or de l'hygiène mentale », soulignant ainsi l'importance et l'efficacité des efforts de l'éducation de l'enfance lorsqu'il s'agit d'obtenir, dans le domaine affectif, moral et intellectuel, des résultats solides et durables. C'est qu'en effet la mère et le père de famille ne doivent pas considérer leur bébé comme un « petit homme », comme une réduction en miniature de l'adulte, mais bien comme une entité spéciale ayant sa vie, sa psychologie et ses réactions propres.

L'importance et l'intérêt de l'action éducative psychologique précoce sur le développement du nourrisson et de la première enfance sont démontrés par l'examen de deux séries d'arguments : l'un d'ordre biologique : le développement du système nerveux, l'autre d'ordre psychologique tiré de l'étude de la psychologie propre du nourrisson et de la prime enfance.

Sans entrer dans des détails trop techniques sur le développement embryonnaire et post-embryonnaire de l'axe nerveux, rappelons ce qu'expose en quelques propositions claires un grand pionnier de l'hygiène mentale, le professeur Aug. Ley, propositions qui résument tout ce que l'étude embryologique pourrait nous démontrer : le système nerveux central atteint un développement macroscopique considérable et brusque durant la première année après la naissance, poussée de croissance qui se continue les trois années suivantes à un rythme peut-être moins intense, mais qui se traduit, en poids, par environ le triple du poids du cerveau du nouveau-né, qui passe en effet de 330 gr. lors de la naissance à 1.100 gr. environ à quatre ans. Ce qui est d'autant plus remarquable, puisque l'accroissement du poids du cerveau d'un adulte n'est caractérisé que par un gain de 200 à 250 gr. sur celui de l'enfant de quatre ans. On peut donc dire qu'aucune période de la vie ne comporte de développement cérébral aussi considérable et aussi rapide que celle de la toute première enfance.

Cette brusque et puissante poussée de croissance des centres nerveux à la naissance, dont la formation se fait du reste avec un retard marqué sur le développement des autres viscères, est due à une multiplication cellulaire intense des noyaux ganglionnaires.

Mais il n'y a pas que le développement macroscopique apparent du cerveau qui soit extraordinaire durant les premiers mois de la vie post-fœtale. Il y a aussi à considérer ce qui conditionne cette croissance extérieure, à savoir le développement des neurones. Dans une série de travaux en cours sur la constitution physico-chimique du tissu cérébral, l'un de nous a pu observer le rôle prédominant que jouent certains constituants, en particulier protéolipidiques et nucléo-protidiques, au cours du développement. L'on sait que les nucléo-protéines cérébrales sont les mêmes que celles des gènes, supports de tout notre patrimoine héréditaire. Il semble (Halstead, C. Chatagnon et d'autres auteurs) que ces protéines et protéo-lipides s'organisent en un genre de réseau très complexe, dont les modifications structurales peuvent être, d'après nos récentes conceptions, le substratum des traces mnésiques et par conséquent des phénomènes d'engrammes, et par suite des phénomènes conditionnant le comportement. Nous entrons ainsi de plain-pied par la voie de la constitution physico-chimique du tissu nerveux dans les mécanismes probables de la mémoire et, partant, de la pensée. Or, les processus de multiplication des nucléo-protéines, des protéo-lipides, des phospho-lipido-protéines sont intenses et actifs.

En tout cas, leurs potentialités d'activité et de croissance sont telles qu'avec les autres composants auxquels elles sont étroitement conjuguées, elles réalisent cette exubérante poussée de développement.

Ces phénomènes biologiques prouvent à l'évidence l'importance de cette première année de vie post-natale pour l'animation des différentes fonctions psychiques et le devenir psycho-somatique de l'enfant.

Quant aux arguments tirés de l'étude du psychisme du nourrisson, ils vont nous montrer que la vie intime du petit bébé est une vie essentiellement affective et émotionnelle, qui va constituer le noyau et la source vive et constante du « subconscient » en train de s'organiser. Avec son premier cri, bébé fait son apparition dans la vie aérienne en manifestant sa présence par un énorme potentiel d'affectivité, nous entendons par là la faculté d'avoir des sentiments de plaisir ou de déplaisir, de joie ou de tristesse, d'aimance ou de colère (E. Pichon). Ce sont marques de l'intérêt qu'il porte à ce qui l'entoure.

Cette affectivité, cette façon spéciale de sentir, va constituer le stimulant constant et nécessaire de tout le développement psychologique du nourrisson ; sa vie intime et propre est essentiellement, répétons-le, une vie affective. Mais quelles vont être les caractéristiques du développement psychique du nourrisson ? Suivons, pour cette description, les remarquables pages de E. Pichon sur ce sujet.

« Lorsque le nouveau-né fait son apparition à l'air libre, ses mouvements sont incoordonnés ; sa fonction visuelle est à l'état d'ébauche et ne s'établit que vers la troisième semaine ; c'est à ce moment, en effet, que le bébé donne le premier signe d'aperce-vance du monde extérieur, son regard semble attiré par les foyers lumineux, sans que leur éclat paraisse le gêner. Puis, il se met bientôt à regarder aussi les objets de couleur vive. A la fin du premier mois, le bébé doit savoir suivre du regard l'objet auquel il s'intéresse. A ce moment, on peut donc éveiller son attention ; le bruit le fait tressaillir, mais cette dernière manifestation peut être beaucoup plus précoce selon les bébés. A un mois, l'enfant sourit en général à ce qui lui sourit ; mais cette faveur semble réservée aux personnes, non aux choses. A deux mois et demi ou trois mois, le sourire est déjà plus électif, bébé fait un accueil spécial à la personne ou aux personnes qui s'occupent ordinairement de lui. Ce sourire est le premier éveil de l'aimance. L'absence de sourire, traduisant l'agénésie affective chez le bébé, a une valeur pronostique des plus sombres.

C'est également vers deux mois et demi à trois mois que le bébé commence à suivre des yeux, dans la pièce, une personne qui s'y déplace. Il prend les objets qu'il peut atteindre, mais au hasard de leur rencontre, et il les porte à sa bouche.

Au cours du quatrième mois, il commence à détacher sa tête de l'oreiller et, selon M. H. Wallon, à individualiser sa main.

A six mois, un nourrisson normal tiendra sa tête et, dans le courant du septième mois, il devra pouvoir prendre, sans trop d'athétoidie, les objets à sa portée et que, depuis plus d'un mois, il cherchait déjà à attraper. Le bébé de six mois doit savoir reconnaître l'expression grondeuse d'un visage et se réjouir des préparatifs de sortie. Il doit aussi savoir rire aux éclats.

A neuf mois, bébé se tient assis, s'agrippe à son parc ou aux barreaux de sa chaise, prend les objets avec sûreté, manifeste par sa mimique un certain étonnement à la vue d'un objet nouveau. Un bruit soudain ne le fait plus tressaillir, mais seulement cligner.

Parallèlement au développement psychique s'établit la fonction de marche. La marche du nourrisson proprement dite est précédée de modes provisoires de locomotion : bébé se traîne d'abord sur le derrière en s'aidant des mains, puis marche à quatre pattes sur les paumes et sur les genoux. Il y a cependant des bébés qui n'y recourent plus depuis qu'on utilise des barrières et des parcs, auxquels les enfants s'accrochent en se tenant tôt debout et en essayant tôt de marcher le long de la clôture. Le début de la marche est fixé conventionnellement au moment où l'enfant fait son premier pas sans soutien, c'est-à-dire vers le onzième mois, en s'appuyant de la main sur les meubles ou sur le rebord de son parc. A douze mois, la station debout en équilibre, sans appui, doit pouvoir être obtenue quelques instants.

M. Wallon distingue trois stades dans le développement psychique de l'enfant avant le langage : le stade impulsif pur, le stade émotif, le stade sensitivo-moteur.

Le stade impulsif pur comporte déjà l'appétit de caresses. La stimulation affective est bien, nous le voyons, à l'origine même du développement psychique.

Le stade émotif, où l'émotion, la colère, la peur, la sympathie jouent le rôle essentiel, constitue une sorte de réaction générale, inappropriée.

Neurologiquement, ce stade, suivant M. H. Wallon, correspondrait à la prédominance de l'activité tonique et posturale sur l'activité cinétique. Autrement dit, d'après les distinctions de M. Piéron, il y aurait prédominance du régime de contraction tonique,

lent, économique, commandé par les fibres amyéliniques sur le régime de contraction phasique rapide, peu économique, commandé par les fibres myéliniques. Ce stade émotif répondrait donc à la phase d'hypertonie-athétoïdie et à l'impuissance du cerveau supérieur vis-à-vis des centres opto-striés. Les réactions à ce stade neuro-psychologique ont un caractère diffus, tel que le rire explosif et les contorsions, les sanglots et l'opisthotonos que crée le chatouillement vrai.

Le stade sensitivo-moteur. C'est sur la sensibilité et la motricité que se construit la connaissance du monde. L'espace buccal est, suivant l'expression de M. Stern, l'espace originel ; l'enfant y apporte, dans la limite de ses possibilités, tout ce qu'il désire connaître. Les bébés jouent constamment avec leurs lèvres et avec leur langue. Il semble que ce soit dès après la naissance que le corps entier, la surface de la peau et surtout certaines zones : muqueuse labiale et jugale en particulier et muqueuses urétrales, centrent des hédonismes particuliers, existant chacun pour son compte, mais s'agrégeant à la puberté pour devenir une résultante instinctuelle, dont les pulsions génitales forment le centre, alors que les autres pulsions cutanées mamelonnaires ou muqueuses sont devenues en quelque sorte les servants de la sexualité.

Ce sont ensuite les mains qui s'individualisent et acquièrent leur rôle d'information palpatoire.

Ce stade sensitivo-moteur, plus encore sensitif que moteur, correspond à la prise de contact plus étroite de l'être humain avec l'extérieur, et, par le développement du pouvoir épieritique, l'information se parfait, et, à la fin de ce stade qui s'étale sur les cinquième, sixième et septième mois, le bébé se trouve prêt à acquérir la pensée-langage qui se traduit déjà par les premiers balbutiements. »

Cet aperçu du développement psychique du nourrisson va nous permettre de comprendre l'attitude et les réactions de ce dernier en présence de telle ou telle situation donnée. Citons quelques exemples. Tous les auteurs ont insisté sur l'intensité et la richesse des émotions du nourrisson ; elles peuvent en effet être si fortes qu'elles peuvent emplir de terreur le petit être. Si la mère comprenait ceci, elle ne laisserait pas son bébé pleurer jusqu'à ce qu'il soit la proie d'une vraie terreur panique. C'est que laisser le bébé pleurer jusqu'à ce qu'il s'arrête signifie généralement qu'on l'oblige à assimiler sa douleur au lieu de la rejeter. Si l'on ne peut par conséquent approuver la mère qui se croit « modern » et qui, ayant baigné et allaité son bébé, le place dans son berceau et « par principe » ne s'approche de lui qu'à l'heure de la pro-

chaîne tétée, par contre on applaudira à la jeune maman qui s'efforcera d'entourer son bébé de satisfaction et de bonheur.

La vie du nourrisson est menée en totalité au niveau physique et émotionnel : sa mère, et en premier lieu le sein de sa mère, est tout son monde.

Aussi, le bébé au sein, qui est heureux, satisfait et aimé, a tout ce dont il a besoin et tout ce qu'il peut désirer. Sans doute, ne savons-nous pas avec certitude ce qu'est l'expérience du bébé pendant sa première année de vie, puisque l'enfant ne peut à cet âge ni parler, ni exprimer verbalement ce qu'il ressent, mais ce qui est évident : c'est qu'il sent avec une intensité énorme. Ce sont, d'autre part, ces expériences émotionnelles intenses de cette toute première période de vie qui constituent le point de départ pour tous les développements psychiques ultérieurs. Si nous détaillons la vie mentale du nourrisson, nous reconnaissons qu'elle comprend déjà des rapports émotionnels très complexes avec la mère, le père, et les autres personnes du foyer, marqués non seulement par une dépendance heureuse, confiante et satisfaite, mais aussi par de l'anxiété, de l'insécurité, de la jalousie, de la colère et des sensations physiques fortes. Le bébé peut exprimer sur son visage et par sa voix toutes ses vibrantes émotions et peut même avoir une physionomie exprimant une dépression profonde si sa maman est absente trop longtemps ou lorsqu'il sent qu'il a un vrai besoin d'elle.

Cette vie psychique intense durant cette prime enfance est liée déjà très intimement au corps ; le besoin du bébé pour sa mère est également ressenti comme un besoin physique. Son bonheur dans la possession de sa mère est ressenti comme une expérience physiquement agréable. Son anxiété, sa colère, sa dépression-tristesse à la perte de sa mère, est ressentie comme une expérience physiquement douloureuse. Ce lien très intime entre l'expérience émotionnelle et les réactions physiques n'est jamais coupé.

Il peut, il est vrai, s'affaiblir avec le temps, et l'expérience psychique au cours des années ultérieures peut réaliser une indépendance croissante par rapport au corps, mais jamais une indépendance totale ; c'est qu'en effet si l'aspect psychique de notre expérience acquiert chez l'adulte une importance croissante par comparaison avec son aspect corporel, elle ne devient jamais indépendante de celui-ci. L'union entre l'émotion et la réaction physique est inséparable.

Si, plus tard, au cours de l'évolution de l'être vivant, la vie intellectuelle, ressortissant pleinement du domaine de la conscience, semble avoir un haut degré d'indépendance par rapport

au soma, l'unité fondamentale de l'expérience émotionnelle et physique persiste dans les couches inférieures dites du subconscient et persiste de plus dans ses premières formes infantiles. Et l'on comprend aisément enfin que l'union ou l'identité de l'esprit et du corps dans notre vie émotionnelle est le fondement même de la sexualité. Rappelons à ce sujet la très haute valeur émotionnelle, dès les premiers mois de la vie, de la caresse des téguments, de la préhension et du baiser au nourrisson. La maman calme son bébé par les moyens physiques qui sont ceux-là mêmes qui sont utilisés dans les caresses d'adultes. Rien ne peut donc s'opposer à ce que nous considérions qu'il puisse y avoir une continuité sans faille entre l'expérience physique sexuelle au sens large et qui irait de la prime enfance à l'ensemble de l'existence. La sexualité de l'adulte se développera à partir de l'expérience sexuelle infantile. Le bébé trouve la sécurité, le confort et l'amour, ainsi qu'une profonde satisfaction et le bonheur enfin dans tous les contacts physiques agréables entre sa mère et lui-même. Il n'existe pas en effet d'autre période dans la vie de l'être humain où celui-ci soit si continuellement manié physiquement que dans la toute première enfance et dans la seconde enfance. Si le bébé n'obtient pas cette constante cajolerie, il se sent solitaire, isolé, non désiré, sans sécurité et inquiet. Ses rapports avec maman et papa consistent donc, pendant la première année — et à un moindre degré pendant les années ultérieures — à être nourri, cajolé, lavé, porté, surveillé dans ses activités d'excrétion, mais aussi dorlotté, aimé, consolé lorsque, d'aventure, il est en proie à l'effroi, par les personnes en qui repose toute sa sécurité et de qui il dépend complètement.

L'esprit vierge du jeune bébé est l'usine où le caractère et la personnalité, qui s'épanouiront au cours des années ultérieures, sont forgés à chaque instant de chaque jour. Tout pénètre et est enregistré dans cette matière malléable et neuve qu'est le cerveau de l'enfant, pour devenir une partie de sa nature. C'est évidemment la mère et le père qui entrent dans l'esprit de l'enfant et en deviennent une partie. Si la mère et le père ne s'accordent pas bien au foyer, alors, on peut le dire, ils ne s'accorderont pas bien en tant que partie de la vie psychique de l'enfant ; si même ils sont en parfait accord en tant qu'époux, parce qu'ils sont de caractère différent et qu'ils se complètent, il se peut que, devenant parties du caractère de l'enfant par « l'identification », ils introduisent le désordre et la guerre dans l'esprit de l'enfant : on pourrait dire que le bébé cherche à ressembler aux deux, mais n'y réussit qu'incomplètement, étant tiraillé en des directions contraires à tout jamais.

Nous avons rapporté les caractéristiques essentielles du psychisme du nourrisson afin de comprendre comment va s'édifier la personnalité psychique de l'homme. Nous avons vu comment les expériences fortement émotionnelles faisaient de la vie psychique du nourrisson une vie surtout affective, impressionnant la matière nerveuse plastique et vierge du petit bébé. Puis, les expériences renouvelées chaque jour repoussent, refoulent les précédentes, et, utilisant le processus de la scotomie, les enfouissent dans l'esprit où sédimentent le plus grand nombre des conflits émotionnels difficiles des premiers mois. Enfin, par-dessus les portions infantiles de notre moi, il s'édifie un moi plus adulte, en partie pour faire face aux demandes du monde extérieur, et en partie comme défense contre le monde intérieur, enfoui. C'est ce monde intérieur enfoui de notre enfance qui constitue le noyau originel du subconscient.

Nous y retournons en partie dans notre sommeil et nos rêves et il surgit parfois soudainement sous la forme de symptômes nerveux et d'états d'âme.

A l'âge adulte, lorsque notre personnalité prendra une silhouette propre, nous discernons nettement qu'il existe en nous au moins deux êtres : l'un à vie consciente rationnelle, l'autre animé par les forces vives affectives, émotionnelles, source profonde de la vie subconsciente. Nous nous apercevons nous-mêmes de cette dualité lorsque les difficultés du présent, surtout si nous ne nous accommodons pas franchement à elles, sont aptes à remuer quelque chose de très profond en nous, et qui vient de notre enfance, et que nous ne suspectons pas toujours être vivant en notre for intérieur.

Nous touchons là la cause majeure des névroses. Les expériences vécues, senties, subies par le bébé ont donc une importance capitale pour la vie de l'adulte et de l'homme mûr.

L'on admet le plus naturellement du monde qu'une infection de l'enfance (rougeole, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, etc...) ou des troubles de la nutrition et des carences (rachitisme, etc...), ou même une infection dans la vie intra-utérine peuvent entraîner des séquelles visibles sur le corps durant toute la vie. L'on peut admettre tout aussi justement qu'il en est de même pour les choses de l'esprit. Nous n'accordons généralement pas assez de valeur à cette dernière notion, parce que nous ne pouvons pas voir à l'œil nu la structure endommagée de l'esprit aussi facilement que nous voyons une déformation rachitique osseuse ou un trouble trophique dans l'économie. Notre psychisme, notre personnalité, notre moi, est une organisation qui se développe elle aussi et

parallèlement à l'organisation somatique de l'enfance à la vieillesse. Notre moi conserve, dans la structure même de notre caractère, les apports de notre vie passée tout entière. Si ceci n'était pas vrai, nous n'aurions pas de continuité avec notre propre passé. Le passé ne s'évanouit pas simplement. Nous emmagasignons le passé en nous-même. Nous bâtissons donc sur notre enfance. Nous croissons sur elle, tout comme les savants montent sur les épaules de leurs devanciers pour voir plus loin.

Le rappel de ces notions capitales du développement psychique chez le tout petit enfant et cet aperçu rapide de l'édification de la personnalité humaine n'avaient d'autre but que d'attirer l'attention de tous sur le fait que l'on ne saurait entourer de trop de soins attentifs toutes les heures de la vie du nourrisson, toutes les heures où chaque minute est une nouvelle expérience et une nouvelle acquisition dont dépendra en partie tout un avenir.

Le rôle directeur et éducatif joué par la maman, le père de famille et tous les membres de la famille apparaît donc d'importance première dans la vie du nourrisson, et pour son « bon départ » dans l'existence. Ce rôle directeur et éducatif a des résonances lointaines. Des expériences de la prime enfance et de l'enfance dépendent tout le devenir de l'homme. Aussi ne prendra-t-on jamais assez de soins pour favoriser le plein épanouissement de l'affectivité du bébé. Jusqu'alors, l'hygiène générale, physique, dominait toutes les prescriptions des soins aux bébés, l'hygiène de l'esprit, l'hygiène mentale, joue un rôle tout aussi grand, nous semble-t-il, à cet âge de la vie. Nous pensons l'avoir démontré ci-dessus.

Les pays anglo-saxons, s'appuyant sur une documentation psychologique, médicale et sociale considérable, ont développé ces toutes dernières années des expériences médico-sociales très heureuses, dont il nous a été possible de bénéficier grâce à M. J.-R. Rees. En effet, s'appuyant sur des connaissances précises que nous avons à l'heure actuelle sur la psychologie du nourrisson, ainsi que sur celle du jeune couple créateur, un savant médecin psychologue, Samuel Henry Kraines, de Chicago, eut l'idée originale de rédiger une série de « Lettres aux mères » en termes familiers et très avisés, traitant des conseils d'ordre psychologique destinés à aider la jeune maman inexpérimentée ou peu expérimentée à dorloter et à choyer son bébé psychiquement et affectivement, tout en le laissant s'ébattre selon les meilleures règles de l'hygiène physique, ces dernières étant ainsi complétées par les principes essentiels de l'hygiène de l'esprit.

Dès le premier mois, et chaque mois durant la première année du bébé, une lettre traitant de problèmes particuliers est envoyée d'une façon individuelle à la jeune maman, puis, après la sixième lettre, à maman et à papa, les adresses étant recueillies sur les registres d'inscription des naissances de l'état civil. Avec la sixième lettre, un questionnaire portant les demandes suivantes : Désirez-vous recevoir la suite de ces lettres ? Est-ce que ces lettres sont trop longues, trop courtes ou sont-elles satisfaisantes ? Est-ce que ces lettres sont trop simples, trop compliquées ou satisfaisantes ? Est-ce que votre mari lit ces lettres, régulièrement, jamais, quelquefois ? Lisez-vous d'autres livres sur les enfants ? Votre bébé est-il votre premier bébé, ou bien le second, le troisième ?, etc..., est envoyé aux familles, et les réponses colligées permettent d'utiles remarques et la correction d'omissions ou la précision de points particuliers. Elles fournissent également des documents pour une étude psychologique sur les réactions, et les préoccupations collectives des parents.

Les « Lettres aux parents » américaines sont illustrées de dessins à la plume, très suggestifs et très artistiques.

Grâce à la générosité du D^r S. H. Kraines, qui nous fit don de son œuvre, et à qui nous exprimons toute notre reconnaissance, il nous a été possible de réaliser en France une expérience médico-sociale du même type que celle qu'avait réalisée, à la fin de 1950, l'Etat de l'Illinois. Avec C. Chatagnon, nous avons adapté, avec quelques modifications, le texte américain, mais la modicité de nos moyens ne nous a pas permis d'agrémenter et d'illustrer le texte français de dessins.

La première expérience française des « Lettres aux mères », placée sous l'égide de la Ligue française d'hygiène mentale, a été réalisée cette année par la ville de Colombes (Seine), dont le maire M. Paul Bouchu, le maire-adjoint M. Fallévoz, ainsi que toute la municipalité, le corps médical et ses associés, les personnalités civiles et religieuses, le corps enseignant, nous ont magnifiquement aidés dans cette bienfaisante campagne pour l'hygiène de l'esprit de la prime enfance. Des conférences préparatoires ont été faites en présence des personnalités de la ville et en plein accord avec les médecins de Colombes qui tous ont promis leur concours entier et nous ont fourni de précieuses suggestions.

L'organisation d'un service social très à la hauteur de sa tâche par Mlle Lansac, sous la généreuse impulsion de Mme Bertrand, maire-adjoint, permet à l'expérience française des « conseils aux jeunes mères » de se dérouler d'une façon quelque peu différente de l'expérience américaine. Les lettres, au lieu d'être envoyées par

la poste, sont remises aux jeunes mères chaque mois par l'assistante sociale chargée d'un secteur précis, et c'est par l'intermédiaire du service social que les lettres seront commentées et expliquées, si le besoin se fait sentir, aux jeunes mamans. De plus, l'assistante sociale notera les réactions individuelles et les réflexions suscitées par la lecture de ces conseils, et le tout sera consigné sur des fiches spéciales destinées à notre enseignement et à notre statistique.

La publication des lettres a été faite dans de petits cahiers à couverture cartonnée afin que les conseils puissent être conservés et relus. Les caractères d'imprimerie ne sont pas trop fins pour permettre à tous une lecture aisée.

Par la voix du Bulletin municipal officiel, M. le maire de la ville de Colombes a préparé ses concitoyens à l'expérience des « Lettres aux mères » en ces termes :

« La municipalité de Colombes, estimant que pour l'ensemble de la population l'hygiène de l'esprit est tout aussi essentielle que l'hygiène physique, a décidé de réaliser une œuvre d'assistance médico-sociale non encore expérimentée en France. Celle-ci a pour but de mettre les jeunes ménages et les futures mamans en mesure de faire effectuer un " bon départ " dans la vie à leur bébé, non seulement en suivant les règles de l'hygiène générale du nourrisson, mais aussi et surtout en leur fournissant un guide sûr pour façonner psychologiquement leur bébé pour faire de lui, plus tard, un homme équilibré et moralement sain. Les forces morales constituent pour l'homme un capital aussi précieux que ses forces physiques... Les lettres aux mères apprenant la valeur d'une chaude affection maternelle et paternelle pour le plein épanouissement moral de l'enfant dans un milieu familial uni et heureux méritent d'être appréciées à leur valeur ; leur portée sociale peut être immense et leurs bienfaits inestimables, car elles apportent quelque chose de positif à un problème jusqu'alors *méconnu* et de grande importance sociale : celui de l'hygiène de l'esprit qui, en réalité, est inséparable de celui de l'hygiène générale.

« Veiller au " bon départ ", au " départ heureux " sur le chemin de la vie pour le nourrisson est protéger la santé et l'équilibre psychique de l'adulte.

« C'est pourquoi je n'ai pas hésité à soutenir la proposition d'entraide humaine faite par la Ligue d'hygiène mentale dans ma ville. Je pense que cette première expérience médico-sociale, s'inscrivant dans le cadre de la Semaine de l'enfance, pourrait être adoptée par d'autres communes de la région parisienne, pour le plus grand bien de notre politique de natalité. De nombreux enfants c'est bien, mais de beaux enfants, robustes et sains psychiquement et moralement, aussi bien que physiquement, c'est encore mieux... »

Nous ne saurions assez remercier et féliciter la municipalité de Colombes, et particulièrement M. le maire P. Bouchu et M. le maire-adjoint J. Fallévoz, pour leur intelligente et généreuse initiative. Ils ont accepté d'enthousiasme la mise en œuvre d'une telle expérience médico-sociale, car ils ont compris que le *milieu familial* joue un rôle capital dans le développement de l'enfant. Ce rôle capital a été admirablement précisé par un médecin français trop tôt disparu, E. Pichon, qui écrivit :

« L'enfant ne se développe psychiquement de façon parfaite que dans un ménage légitime, uni par un solide amour, formant vis-à-vis de sa progéniture un bloc indissoluble, et dont les deux éléments formateurs aient la bonne fortune de vivre jusqu'à ce que l'enfant considéré soit devenu adulte... La désunion du ménage des parents, leur veuvage, leur divorce, leur remariage, leur inconduite, leur état de concubinage sont, l'expérience le montre, autant de facteurs dangereux pour l'équilibre psychique et le bonheur du sujet.

« Le jurisme romain, la poésie celtique, le christianisme, la chevalerie, la solidité bourgeoise, l'échevèlement romantique ont enrichi successivement notre civilisation ; tous ont confirmé ce grand idéal de l'humanisme grec : Philémon et Baucis.

« Divinité tutélaire du foyer, la mère de famille ne vaut socialement que par ce foyer, elle s'exalte à se dévouer à son mari et aux enfants qu'elle a de lui. Sa maternité la complète et sature ses dernières aspirations libidinales : le pouvoir d'oblation de son sexe se réalise là. »

Cette « divinité tutélaire du foyer » méritait qu'on s'appliquât à l'aider à parfaire son bonheur (1).

(1) L'expérience médico-sociale des « Lettres aux mères » va être étendue à d'autres villes de France.

LA CLAUSTRATION

PAR

L. GAYRAL, J. CARRIE et J. BONNET (1)

Dans son acception primitive, le mot *claustration* (de *claustrum*) signifiait « état d'une personne retirée dans un cloître ». Puis, le sens du mot a été étendu par l'usage à toutes les formes du retirement, et, en pathologie mentale, on emploie le terme de *claustration* pour désigner *un trouble de l'activité qui consiste dans le refus de la part du malade de participer à la vie sociale et qu'il objective en rétrécissant le champ de son existence à une portion de l'espace très limitée et enclose*.

Les deux critères de la claustration pathologique sont : réjection de la vie en société et établissement d'une barrière matérielle entre soi et le monde.

Le claustré est l'aliéné type au sens strict ; il réalise et consume lui-même son aliénation de la manière la plus immédiate.

On peut sur le plan clinique attribuer à la claustration pathologique les caractères suivants :

rétrécissement de l'existence à un espace restreint et enclos matériellement ;

rejet des règles et usages de la vie sociale ;

absence de troubles organiques et notamment neurologiques paralysants ;

absence de troubles psycho-moteurs ;

absence d'asthénie d'origine organique ;

il faut ajouter le refus de recevoir la visite des médecins, qui, s'il n'est pas constant, constitue en pratique un excellent symptôme de morbidité : « Je ne suis pas malade. Je ne suis pas fou. Tout au plus est-ce l'âme que j'ai malade et, comme la médecine est une science de la santé du corps, je ne relève pas des médecins », disait un malade de Courbon et Mme Buvat.

(1) Travail de la Clinique neurologique de la Faculté de médecine de Toulouse. Directeur : professeur M. RISER.

Le terme même de claustration n'est pas unanimement admis. Certains parlent de claustromanie, de réclusion volontaire, de séquestration volontaire... Mais la claustration pathologique exprime toujours un conflit entre le malade et le monde, tandis que ces appellations préjugent chacune d'une pathogénie trop spéciale pour être valablement applicable à l'ensemble des faits qui nous intéressent.

Du point de vue clinique, il faut séparer de la claustration : les pseudo-clausturations au cours d'états mélancoliques stuporeux, d'épisodes de catatonie et à la période terminale de certains états démentiels. Il s'agit dans ce cas d'une sorte « d'immobilisme » qui exprime l'inertie psycho-motrice.

La manie lectuaire, qu'il est préférable d'appeler *lectuarisme*, a été décrite à l'époque des monomanies. Séglas la cite dans le *Traité de Gilbert-Ballet* (1903), et Bénon en a plus récemment repris l'étude. C'est la manie de garder le lit. C'est un désir et un besoin de séjour au lit que nulle personne de l'entourage, à la longue, ne peut plus vaincre.

Il n'y a ni rejet du contact social, ni clôture matérielle. Chez l'adulte, le lectuarisme est habituellement d'origine « psychasthénique » obsessionnelle.

On cite dans ce genre le cas du professeur Oedmann, ce médecin suédois, phobique des courants d'air et de l'humidité, qui à 50 ans se mit à éprouver pour le lit une véritable passion. Il recevait beaucoup dans sa chambre, amis et étudiants. On dit qu'il mourut de saisissement après vingt-cinq ans d'alitement ininterrompu, quand un ami en visite secoua près de lui son manteau couvert de neige.

Le lectuarisme « pur » est rare. Mais il existe assurément.

Qué..., 69 ans, ex-officier de dragons, nature vigoureuse, de vieille souche terrienne, véritable personnage de La Varende, fait une chute avec fracture simple d'un tibia. La réparation de l'os est rapide et parfaite, mais à son premier lever il a quelques maux de tête et des douleurs dans le membre lésé. Il se remet au lit, tente un nouveau lever peu après, mais les mêmes petits signes le décident à s'aliter définitivement, après qu'il eut décrété qu'il ne pourrait plus jamais marcher. Depuis trois ans, lectuarisme total sans autre signe morbide. Il lit beaucoup et aime assister de son lit à des réunions de société (L. Gayral, observation personnelle).

Mais il y a une claustration lectuaire, quand le malade alité refuse la société, et alors le lectuarisme marque curieusement un

symbolisme de refuge intra-utérin, surtout quand le malade se claustré tête sous les draps ou rideaux d'alcôve tirés. C'est dire que dans de nombreux cas lectuarisme et claustration ont la même signification séméiologique et symbolique. Le lectuarisme peut être le prologue d'une claustration en règle et il doit faire suspecter, chez l'adolescent, l'hébéphrénie, et, chez les gens âgés, l'involution démentielle.

Il n'y a pas à insister sur le cas des abandonnés, débiles mentaux, catatoniques, ou encore infirmes physiques laissés à eux-mêmes du fait de la mort ou de la maladie des personnes de l'entourage.

Certains cas de séquestration dans la famille peuvent poser un problème. Certes, la séquestration d'une personne saine ne prête jamais à confusion avec une claustration, mais la majorité des cas de séquestration intra-familiale concerne des débiles ou des déments que les parents veulent cacher, et il existe souvent une contamination entre le désir du malade de rester dedans et les avantages que peut en retirer la famille.

Un aspect un peu particulier du problème a été soulevé en 1921 par Courbon qui, sous le nom de « séquestration volontaire », envisage une sorte de claustration à l'hôpital psychiatrique fermé, présentée par certains malades, impulsifs, ou psychasthéniques, ou schizoïdes, ou encore humbles et « peureux de la vie », atteints de « psychose de la liberté ». Tous les psychiatres connaissent de tels sujets qui réclament l'internement (internés volontaires de Pactet et Colin). « La liberté est la condition même de l'effondrement de leur équilibre psychique », et ils finissent par ne plus pouvoir, ni savoir, vivre en dehors de l'asile (1) (Courbon).

La *spéluncophilie* (Laignel-Lavastine, *Ann. méd. psych.*, 1919, n° 3) : « amour pour les grottes ou les cavernes manifesté par beaucoup de mystiques », fut pratiquée par les premiers ermites chrétiens et au Moyen Âge (ère franciscaine). A l'heure actuelle, c'est une manifestation rare, qui n'est « ni un syndrome, ni même toujours un symptôme, mais une simple réaction pittoresque à des causes éminemment variées, avec toutes les transitions du normal au pathologique ».

En pratique psychiatrique, elle doit être considérée comme un

(1) Cette question dépasse le cadre de notre travail. On peut, à son sujet, consulter : G. DAUMÉZON et CASSAN, *Annales médico-psychologiques*, 1941, t. I, p. 300 (avril-mai) ; René CHARPENTIER, *Annales médico-psychologiques*, 1941, t. II, pp. 23-37 (juin) ; J. VIÉ, *Annales médico-psychologiques*, 1940, t. II, p. 1 (juin), p. 110 (octobre), 1941, t. I, p. 1 (janvier), p. 121 (février), p. 224 (avril), et le très curieux cas de NICHOLS, de New-York, relaté par Ach. FOVILLE, *Annales médico-psychologiques*, 1883, t. I, pp. 372-373.

équivalent de la claustration. Les seuls cas de spéléophilie rencontrés dans notre pratique étaient :

L'un, celui d'un jeune homme de 19 ans, adonné à des pratiques religieuses excessives, et qui se retira pendant dix jours dans un ancien dépôt de munitions creusé dans l'argile d'un coteau éloigné de toute habitation. Peu après, il présentait un état de schizophrénie caractérisée,

L'autre concerne un garçon de 14 ans, atteint de névrose grave, d'origine conflictuelle familiale, et qui parlait toujours « d'aller vivre dans une grotte de la Montagne Noire ». Il amorça une fugue dans ce sens (L. Gayral, observations personnelles).

L'étude de la claustration morbide amène à opérer certaines distinctions, plus formelles que réellement pratiques d'ailleurs.

C'est le cas des personnes qui choisissent, pour des motifs d'ordre religieux habituellement, la vie en chartre ou la retraite érémitique. Pour ceux-là, la participation sociale sur le mode courant n'est pas rejetée, mais en quelque sorte virtualisée, puisqu'ils sont prêts à la reprendre à tout moment : mobilisation, ordre du supérieur, etc... ; et, en fait, loin de rejeter toute règle autre que celle individuelle, ils se soumettent à un strict règlement collectif, à l'établissement duquel ils n'ont eu aucune part, et ils reconnaissent par une obéissance totale une autorité chargée de l'appliquer. Si un problème psycho-social se pose pour ces situations, c'est un problème de groupe, tandis que celui du claustré pathologique se ramène toujours à un problème d'individu.

Il n'y a pas davantage à insister sur le cas des recluses du Moyen Age, parfois pour un motif religieux, souvent filles de joie enchartrées par « invitation » de l'autorité pour faciliter leur repentir. La réclusion, habituellement près des murs, aux portes de la cité, constituait réellement une position sociale normale pour le moment historique.

Il y a un certain « solitarisme » qu'on pourrait qualifier d'esthétique, qui s'exprime par la retraite volontaire de quelques artistes qui ne peuvent réaliser leur œuvre que dans ces conditions, ou celui qui constitue en quelque sorte l'œuvre même : c'est le cas des navigateurs solitaires, ou encore, mais déjà plus suspect, celui des héros de la Montagne aux Ecritures, dans l'œuvre si suggestive de Frison-Roche.

Il y a un « solitarisme de tendances », d'ordre atavique et ethnique. La littérature folklorique des forêts ou de la marine ne manque pas d'exemples de ces « ours ».

Le *misanthrope véritable* est un « anormal ». Le distique final d'Alceste crie le dégoût et l'hostilité contre cette société qui lui refuse le genre de liberté et de sécurité nécessaires à sa vie même. Molière préfaçait le philosophe triste qui écrivit : « La misanthropie et le goût de la solitude sont un seul sentiment. » (1). Le misanthrope est, pour M. Le Senne, un « sentimental », comme aussi les timides, les schizoïdes, les petits paranoïaques et tous les intravertis qui usent de la « réclusion en soi » (2) encore sociale jusqu'à la claustration caractérisée.

En fait, constater la claustration, c'est reconnaître l'existence d'une régression profonde, à quelque cadre nosographique qu'on la rapporte.

Dupouy, en 1935, sous le titre « Les aliénés en liberté », fut le premier à souligner l'importance et la fréquence de la claustration comme mode de réaction anormale des psychopathes non hospitalisés et posant en pratique de très délicats problèmes d'assistance psychiatrique : le fait de se claustre, de se barricader à domicile, doit immédiatement diriger l'entretien sur les systèmes agressifs employés par de probables persécuteurs. « L'aliéné le plus dangereux, parce que moins facilement dépisté et reconnu, parce qu'aussi plus intelligemment nocif, plus rusé, plus patient, plus tenace, est l'aliéné lucide dont tant de gens méconnaissent l'existence. C'est surtout pour lui qu'on nous demande d'intervenir pour une visite à domicile. »

Aspects séméiologiques de la claustration

La claustration se présente sous différents aspects habituellement significatifs par eux-mêmes de la nature de l'affection en cause et de la réactivité du malade.

On peut distinguer :

La claustration active, organisée, en ce sens que le malade édifie une barrière matérielle perfectionnée entre l'environnement et lui, et souvent fait des réserves de nourriture, d'armes, etc...

Tantôt, la claustration active est agressive, et les rapports malade-société se font sur le mode de l'hostilité, que le malade soit provocant : il déclare la guerre, ou qu'il croit assurer sa défense : il riposte. Tantôt, la claustration active se fait sans hostilité, le malade assure sa défense contre les voix, les influences, les rapports malade-société s'établissent sur le régime de la peur : il se protège.

(1) SCHOFENHAUER. — *Dialogues et pensées sur le mal de vivre*, 1837.

(2) LE SENNE. — *Caractérologie*, coll. Logos, 1949.

La claustration passive, matériellement peu ou pas organisée, est telle que les rapports malade-monde s'établissent sur le mode de l'indifférence ou du dégoût dédaigneux ou hargneux.

Dans les cas de claustration active, au maximum de l'hostilité, le malade se retranche dans un véritable fortin, il réalise une sorte de « fort Chabrol » qui peut nécessiter l'emploi de la force pour en venir à bout après un siège en règle. Dans ces forteresses, le malade accumule préalablement les vivres, les armes et les munitions, obture les entrées et la plupart des fenêtres, en transforme d'autres en vigies de guet ou en meurtrières, dispose des pièges à feu sur les voies d'accès. Il peut se montrer provoquant, en hissant des pavillons, ou user de porte-voix pour diffuser des proclamations et des menaces.

Quand l'agressivité est moindre, l'aliéné se borne à clôturer de frises son domaine et à afficher des écriteaux, dont les uns annoncent l'existence de pièges à loup et de chiens dangereux, et les autres rappellent les articles de la loi sur la protection de la propriété. Ces derniers malades se montrent peu. Ils recherchent les maisons isolées, les propriétés enfouies dans un parc ; les plus modestes se logent à l'extrémité du village. Les fournisseurs déposent leur marchandise dans des boîtes aménagées à l'entrée ou sont reçus à travers la grille.

Aux environs de T... existe un domaine assez considérable, connu sous le nom de Petit-Château. C'est là que, depuis vingt-cinq ans environ, le sieur G..., ancien imprimeur, habitait, en 1846, dans une solitude absolue. Son manoir, véritable fort détaché, est protégé par une triple enceinte de haies, de fossés et de barrières. Sur la porte d'entrée, on lit avec surprise cette inscription : Franc fief de droit naturel ; et si quelque voyageur se présentait pour visiter cette habitation, soudain le pont-levis se levait, et une voix forte faisait entendre ces mots : « Arrête, citoyen, respecte mon domaine. » (Legrand du Saulle: *Délire de persécution. Interprétations. Claustrations*) (1).

Entre la claustration active avec agressivité et celle utilisée dans un but de défense passive, il y a tous les intermédiaires, en ce qui concerne la séméiologie clinique comme dans les moyens de réalisation matérielle de la clôture.

Délire de persécution et processif. — Il semble, dans ces derniers temps, que L... ne se sente pas tranquille du côté de son entourage.

(1) Le détail de certaines observations se trouve dans la thèse de J. CARRIÉ, Toulouse, 1952.

Dans son dernier logement, il demanda une double porte et un sac de paille entre les deux pour ne pas entendre les conversations des autres. Il restait ainsi sans sortir ni se montrer pendant des périodes de plusieurs jours (Kraft-Ebing).

Psychose paranoïaque interprétative. — C..., 40 ans. Admis d'office en mars 1951, à la suite de réactions violentes contre son fils. Malade calme, parfaitement lucide, extériorisant un délire de persécution centré sur divers événements de la Résistance et sur un thème sexuel : se croit accusé de pédérastie, comprend les allusions que ses camarades d'atelier, et même son fils, lui font à ce sujet, d'où les réactions violentes contre ce dernier. Isolement complet dans son appartement et cessation de travail depuis un an pour fuir les allusions insupportables éprouvées dans son milieu professionnel (Clinique neurologique universitaire de Toulouse).

Cette observation montre bien que les violences et l'agressivité sont latentes chez beaucoup de ces claustrés, dont la dangerosité peut se cacher sous l'aspect apeuré de leur conduite.

Un autre aspect des claustrations « protectrices » est donné par les cas suivants :

Aliéné réformateur ; manie de grandeurs ; réformateur de la philosophie et de la religion ; délire de persécution. — Homme de 24 ans, a eu une éducation peu soignée. Son instruction est très limitée. A 16 ans, il entre dans l'armée, où il reste neuf ans. Après, entre dans les chemins de fer, puis est employé au ministère, où, à la suite de reproches adressés par son chef, il donne sa démission : il est nommé sous-commissaire. Depuis quelque temps, il a quitté aussi cette fonction et est resté inoccupé. Il reste tout le temps chez lui, refuse les visites, barricade sa porte.

A partir de ce moment, la vie de C... commence à suivre une nouvelle phase. Il entre, dans ce que nous appellerons une phase de claustration studieuse. Son but étant seulement de science, il ne veut plus avoir aucun emploi : il lit tout le jour différents écrits, dont il fait le résumé. Ces résumés conçus par lui forment sept grands cahiers. Envoyé à l'asile à la suite d'un rapport médico-légal.

C... a trouvé à l'asile une claustration imposée, qui désormais le comble, et il ne demandera plus sa mise en liberté. Son délire éroto-maniaque se poursuit et plus tard se complique de persécution (Kraft-Ebing).

Claustration inspirée chez une délirante « voyante » prophétesse (de Clérambault). — Episode catatonique à 22 ans. Peu après, visions, prophéties, et, pendant quatre années, claustration inspirée par un ange ; au début, communique épistolairement avec ceux qui lui

demandent des prédictions, des horoscopes. Célébrité dans la France entière. Progressivement, déchéance et improductivité mentale.

Il s'agissait probablement d'une schizophrénie paranoïde ?

Ce cas indique qu'il existe toutes les transitions entre les formes actives et passives des claustrations.

Dans le cas de la claustration passive, tout contact social est rompu, le malade est indifférent, il réalise la barrière entre lui et le monde le plus simplement possible : enfermement dans une chambre, un grenier, retraits dans une cabane au milieu des bois, et même parfois il se contente de l'alitement permanent, la tête sous les draps. L'hostilité ne se manifeste que si on tente de violer sa solitude.

La claustration revêt parfois des aspects particuliers, plus ou moins pittoresques. Il y a la claustration à plusieurs, que le délire soit partagé et l'activité morbide exercée en association, car il s'agit souvent d'une forme active avec agressivité, ou encore que le malade garde avec lui un prisonnier, voire un otage.

Délire à deux. — Deux époux, atteints de délire de persécution, avaient transformé leur logement en forteresse. On réussit à interner le mari ; il fallut ensuite s'emparer de la femme, demeurée seule dans un pavillon, claustrée. La porte doit être forcée. La malade parvient à s'échapper et à grimper dans un escalier étroit, où elle se suicide d'un coup de revolver. En réalité, les armes possédées par le couple délirant n'étaient pas destinées à un suicide, mais dirigées, soit contre les voisins d'en face, soit contre toute personne qui chercherait à pénétrer de force. L'on trouve, en effet, suspendu au mur, à hauteur de main et en haut de l'escalier dans lequel Mme P... s'est suicidée, un fusil de chasse garni de deux cartouches à chevrotines, et dont les chiens étaient armés, prêts à faire feu ; dans un placard se trouvaient, à proximité, 15 cartouches de chasse et 9 cartouches blindées pour revolver (observation de Dupouy et Piccard).

Claustrée claustrant [observation inédite de M. Noguès (Toulouse)]. — Mlle X..., 40 ans. Après la mort du père, se retire avec sa mère dans une petite propriété de la banlieue. Le portail d'entrée a les grilles couvertes de tôles pour protéger des regards de l'extérieur. La bonne est renvoyée au bout de très peu de temps. Et, pendant trois mois, la maison reste entièrement fermée ; les voisins d'ailleurs n'ayant pas prêté d'attention à la curieuse existence de leurs deux voisines, jusqu'au jour où les gendarmes viennent cerner le domaine sur plainte d'un agent du fisc, qui avait été reçu par des coups de carabine. Les gendarmes tombent sur le spectacle suivant : une vieille femme cachectique et une fille échevelée, hagarde, furieuse, préten-

dant qu'on voulait la voler et l'assassiner. Dans la maison, on trouve un amoncellement de boîtes de conserves, des titres de rente d'une valeur de plusieurs centaines de mille francs, et une collection d'œufs datés et numérotés, dont certains remontaient à une dizaine d'années (redevance de métairies...), et qu'elle faisait absorber à sa mère. La mère meurt quelques jours après et la fille est placée en clinique, où elle est encore, présentant un délire hallucinatoire chronique.

Certains claustrés soucieux d'éviter tout contact social, mais pressés par des nécessités diverses ou par goût, ont une vie extérieure nocturne. Nous en donnerons un exemple plus loin.

Une forme assez curieuse de l'isolement est le séjour prolongé dans des véhicules fermés.

Il y a des claustrations en roulotte :

Une femme gitane présente des crises périodiques de négativisme pendant lesquelles elle effiloche continuellement. Quand vient la crise, elle se réfugie dans une petite roulotte, presque entièrement close : une lucarne pour faire passer la nourriture et les chiffons à effilocher, un trou dans le plancher. Ainsi, elle suit la tribu dans ses déplacements et sort quand elle est guérie (observation de la clinique neurologique universitaire de Toulouse).

Mais, le plus souvent, la claustration en véhicule est considérée comme un moyen spécialement efficace par le malade, qui oppose au contact social la barrière fluide et dynamique de l'espace et des dérobements. Il conjugue ainsi les avantages de la fugue et ceux de la claustration. En pratique, ces malades usent de véhicules aussi clos que possible où ils dorment, ou bien, notamment en Amérique du Nord, de roulotte-camping. Il s'agit en règle générale de persécutés itinérants ou de schizophrènes.

Une observation de G. de Clérambault offre à considérer un cas pittoresque de « claustration dynamique », qui montre à la fois l'ingéniosité du processus de défense contre les persécuteurs et la symbolisation d'un opiniâtre refus collectif de la sociabilité.

Folie simultanée chez trois sœurs. Idées de persécution. Existence des fiacres.

R. — Dans plusieurs de nos chambres d'hôtel, les cheminées ont refusé de fonctionner ; une fois, nous avons reconnu à l'eau un goût de poison. C'est la rue Lefort qui nous suivait : triste clientèle ! Nous n'avons jamais eu de tranquillité qu'en voiture.

D. — Depuis quinze mois, vous n'avez plus de domicile ?

R. — Au commencement, nous alternions la vie d'hôtel et les voitu-

res. Pour ne pas rentrer à l'hôtel, et pour ne pas dormir sur un banc, nous passions la nuit dans un fiacre. Depuis trois mois, nous habitons dans les fiacres. Nous avons cru bien faire, en nous logeant ainsi. Nous ne voulions nous compromettre avec personne, je ne sais pas si nous avons réussi. Un fiacre n'étant pas un domicile, on ne pouvait se servir de notre nom. Dans les voitures, nous étions chez nous et la foule nous laissait un peu tranquilles. Nous donnions l'ordre au cocher de ne pas sortir des fortifications, de ne pas s'arrêter devant les marchands de vin et de marcher au pas : moyennant quoi, il pouvait nous mener n'importe où. Clotilde s'endormait sitôt installée. Jamais nous n'avons été plus tranquilles, jamais nous n'avons mieux dormi, jamais nous ne nous sommes mieux portées. On nous surnommait les dormeuses.

Aspect nosographique de la claustration

Certes, chaque claustration est une manifestation d'individu, le témoin d'une conscience morbide unique et l'expression d'un conflit malade-monde original, irréductible à toute espèce de schéma de classification. Si on veut tenir les motifs et la signification de telle claustration de tel malade, c'est seulement dans la perspective historique du vécu propre qu'elle doit être connue : reconstitution phénoménologique, investigations analytiques et sociologiques de ce vécu...

Mais, du point de vue didactique et pour dégager les résultats pratiques d'un travail d'ensemble, l'application du canevas des grandes divisions nosographiques habituelles paraît indispensable.

Quitte ensuite à reconnaître à chaque discipline d'investigation et de prise de connaissance ses mérites et ses possibilités, et savoir, en face du malade, user de chacune et de toutes selon le cas.

Chez les *délirants paranoïaques*, la claustration est fréquente. Elle est particulièrement significative dans le cas des délires hallucinatoires et interprétatifs (type Magnan et type Falret) et chez certains influencés (type Sérieux et Capgras).

Le refus de participer à la vie de société fait partie intégrante de la personnalité paranoïaque et la claustration peut constituer le premier symptôme apparent, et même pendant longtemps le seul, au début d'un délire systématisé. D'où son intérêt médico-légal et pour la prophylaxie mentale, qu'on ne saurait comparer qu'à celui de la réticence ou celui de la désignation nominale, car la claustration paranoïaque est un indice d'insociabilité dangereuse.

Les paranoïaques délirants peuvent présenter toutes les formes

cliniques de la claustration, et parfois successivement. On doit distinguer la claustration paranoïaque de long cours et la claustration paranoïaque paroxystique.

Les formes de *long cours* suivent habituellement le délire dans son évolution. Au début, période méditative et d'interrogation des classiques, pendant laquelle le malade se sent pénétré par l'ineffable inquiétude de l'hostilité ambiante et sans visage, il recourt plutôt à la claustration passive.

Plus tard, à la phase de systématisation et de « certitude », le persécuté passe à la claustration active, qui, suivant le ton de son dynamisme affectif et le sens de ses réactions, s'établit sur le mode agressif ou le mode « défense passive ». Il faut noter les cas, plus rares, où la claustration de long cours survient par obéissance à un ordre hallucinatoire, ou par conviction, ou par activité suggérée, avec quelquefois idées de mission expiatoire et, dans ce dernier cas, la claustration fait figure d'auto-incarcération.

Nous donnerons une observation inédite, dont le caractère dramatiquement suggestif met en relief la valeur séméiologique précoce et l'intérêt médico-social de la claustration. On y verra aussi l'évolution des aspects de la claustration, avec la marche du délire et la mise en évidence du rejet de la sociabilité comme l'élément psychologique basal de la claustration pathologique, même si ce rejet n'est pas explicitement formulé.

Claustration au cours d'un délire hallucinatoire et interprétatif progressif (résumé). — J. B..., 27 ans. « Solitarisme » précoce, dès 12 à 13 ans, puis caractère paranoïaque progressif. Vie normale jusqu'à 19 à 20 ans.

Le malade s'engage dans l'armée, demeure quatre à cinq mois à Alger, rétrécissant de plus en plus le cercle de son activité.

Plusieurs de ses camarades, bons observateurs, adressent à sa famille des observations précises sur le comportement de J. B... Il exécute parfaitement son service et fait partie d'un peloton d'élèves aspirants. Il est méticuleux, silencieux et renfermé, ne s'adressant qu'à la dernière extrémité à ses camarades ou à ses chefs ; les exercices de peloton sont exécutés d'une façon très correcte, avec discipline. Il est nommé brigadier et peu après, à la suite d'un examen très brillant, il est maréchal des logis.

En dehors du service, il est d'un abord extrêmement difficile. En salle commune, il ne parle pas, ne répond ni aux moqueries, ni aux invitations amicales. Susceptible, il interprète d'une manière systématiquement déformée et méfiante les paroles qui lui sont adressées.

Peu de temps après sa nomination il obtient une chambre, où il s'enferme autant que les nécessités du service le permettent.

Cette singulière situation ne pouvait pas se prolonger, bien que le service n'en souffrit pas ; il était très craint de ses subordonnés, mais aucune excentricité n'a été commise. Une fois il s'est isolé pendant quelques jours dans sa chambre fermée à clef, les volets étaient obturés et il est demeuré près de vingt-quatre heures sans nourriture. La porte ayant été enfoncée, car il ne répondait pas, il alléguait le désir de rester seul et de ne pas voir de médecin. Cependant, le médecin-major fut reçu correctement et lui accorda les trois jours de repos à la chambre qu'il demandait.

J. B... s'est enfermé de nouveau sans aucune nourriture, ne buvant même pas, demeurant vraisemblablement sur son lit, car aucun bruit n'était perçu. Il avait assuré qu'il possédait des vivres. C'est pourquoi sa solitude fut respectée. Il sortit spontanément le troisième jour et reprit son service.

Il obtint le commandement d'un petit poste, dans l'extrême-sud, avec le grade d'adjudant. Son service était en effet impeccable, et une note du chef d'escadron faisait très bien la distinction entre une attitude sociale très singulière « de solitude monacale » et un service militaire pénible pour les inférieurs, mais impeccable.

J. B... est dirigé vers un poste constitué par plusieurs blockhaus, une piste et deux points d'eau, avec un européen ayant le grade de brigadier et une trentaine de méharistes. Dès le début de son commandement il passe une inspection méticuleuse et silencieuse, indiquant du doigt ou par écrit les déflections ou les inconvénients de tel ou tel dispositif. Il abandonne la chambre relativement confortable dans le blockhaus, pour édifier une sorte de large tranchée recouverte, de 3 m. sur 2 m. 50 environ, à une vingtaine de mètres du poste. Il est certain, par le témoignage de son compagnon, par ce qu'il avoua avec réticence, et par un rapport de l'autorité militaire, qu'il eut rapidement un comportement anormal. Il n'adressait que quelques mots à son compagnon ou à ses hommes, il mangeait seul, il occupait cette tranchée couverte entièrement seul et à plusieurs reprises il passa deux à trois jours à 150 ou 200 m. du poste dans une sorte de trou, protégé par des toiles de tente, absolument isolé de ses hommes. Il écrivit à la subdivision d'Alger pour demander l'autorisation d'être complètement seul, à plusieurs kilomètres du poste, sous le prétexte d'une surveillance plus attentive des pistes. A la suite de cette lettre il fut convoqué à Alger, il ne s'y rendit pas.

En juin 1938 il fit parvenir à Alger une demande de congé régulier pour se rendre à Paris ; elle lui fut accordée, mais en mentionnant la nécessité de se présenter à l'autorité militaire à Alger, ainsi qu'au médecin-chef de la place. J. B... n'en fit rien et se rendit directement à Paris. Arrivé à 8 heures du matin, il alla au ministère de la guerre et demanda par écrit une audience au ministre. Il lui fut répondu qu'il devait passer par la voie hiérarchique. Il apprit alors que le ministre devait passer par un itinéraire particulier pour se rendre à son cabi-

net, le lendemain, à 2 heures. Il parvint à pénétrer dans le ministère et attendit patiemment l'arrivée du ministre en se dissimulant. Personne d'ailleurs ne prêta attention à lui car il était en uniforme.

Par un concours de circonstances, le ministre fut retenu. J. B..., vers midi 30, quitta le ministère. Il se dirigea vers un hôtel meublé et s'enferma dans sa chambre, poussant même une armoire contre la fenêtre. Peu après, énervé dit-il par les bruits dégoûtants des passagers qui occupaient la chambre au-dessus de la sienne, il déchargea son colt de fort calibre à travers le plafond pour les « ramener aux convenances ». Il n'y eut pas de blessé de justesse. La chambre de J. B... fut envahie, après qu'on eût enfoncé la porte, et il fut dirigé sur un commissariat de police.

Transféré à la section psychiatrique de la clinique neurologique de Toulouse, il fut impossible d'obtenir de lui la moindre explication et le moindre mot, jusqu'au jour où il assista au transport d'un appareil radiographique. Il demanda alors à parler de toute urgence au professeur Riser, directeur de la clinique, et, sans préparation, exprima avec violence les éléments du délire de persécution que l'on soupçonnait, à base hallucinatoire et interprétative.

« Il avait parfaitement compris ce que signifiait cet appareil, on allait l'obliger à rompre le silence qu'il s'était promis de garder..., on était de connivence avec les bandits qui l'injuriaient depuis plus d'un an..., on voulait le supplicier par des moyens scientifiques et l'empêcher de vivre seul avec lui-même, dans son poste du sud, il avait perçu et compris, à plusieurs reprises, qu'on lui refusait la concentration, la vie seul qu'il devait mener..., il percevait des ondes agissant sur son cerveau et son corps..., le ministère de la guerre et la subdivision d'Alger le faisaient masturber la nuit par un personnage inconnu pour l'épuiser ou pour l'obliger à rentrer dans le monde (cette formule : « rentrer dans le monde, se noyer dans le monde », revenant à plusieurs reprises)..., il avait compris la nécessité de donner une leçon au ministre de la guerre..., il s'évaderait à coup sûr et tuerait tous ceux qui lui empêcheraient de vivre sa vie, seul... »

Ce malade s'est d'ailleurs évadé. Nous pensons qu'il a commis un ou deux actes agressifs, mais il a disparu de la région et nous ne savons pas ce qu'il est devenu. (Observation de M. le P^r Riser).

La claustration de long cours est peu fréquente au cours des *délires passionnels*. Les revendicateurs, processifs, inventeurs frustrés et divers idéalistes passionnés s'adonnent plutôt à une grande activité extérieure sous forme de quérulance, propagande et manifestes. Cependant, les mégalomanes de filiation, certains revendicateurs et idéalistes s'enferment pendant de longues périodes pour pouvoir rédiger en toute tranquillité pamphlets, proclamations ou justifications. Les jaloux recourent à une sorte de

fausse clausturation en enfermant l'objet de leur passion et demeurent sur place pour en assurer la garde et la surveillance. Il s'agit alors d'une forme de la séquestration pathologique.

M. et Mme N..., 44 ans tous deux, tiennent une boulangerie dans un village du vignoble méditerranéen. Mme N... exerce une jalousie tyrannique sur son mari depuis le début du mariage, il y a dix-huit ans. Elle en est venue à renvoyer le mitron afin que son mari n'ait pas de tentations homosexuelles ! Elle lui fait passer des nuits épuisantes, « afin qu'il n'ait plus de force pour contenter les autres ». Elle lui a interdit l'accès au magasin de vente et, pour qu'il n'ait aucun contact avec les clientes quand elle sert au magasin, elle verrouille la porte qui sépare de l'arrière-boutique où se trouvent le four et le pétrin. La partie vitrée de cette porte a été obturée par huit ou dix épaisseurs de papier d'emballage collées entre elles, puis par des planches clouées. La séquestration a commencé quand elle lui a interdit d'aller au café — où elle le conduisait et venait le reprendre —, tolérant la belote à la table du fond ou la partie de pétanque dans l'arrière-cour de l'établissement. Il reste alors gardé à vue par sa femme ou verrouillé dans le local du pétrin. Peu après, Mme N... décide, pour mieux le surveiller, de cesser l'activité commerciale. On installe un lit de fortune dans l'arrière-boutique, car une voisine « inquiétante » habitait en face de leur chambre. Séquestré et geôlière claustrée vivent ainsi pendant six semaines, subsistant de conserves et d'un stock de pain de plus en plus rassis. Cette étrange situation fut interrompue par la venue d'un parent du boulanger. D'ailleurs, à la fin, le pauvre homme finissait par se croire coupable et justement puni : auto-accusation induite ? masochisme ? culpabilité véritable ? (L. Gayral, observation personnelle).

La clausturation paroxystique peut être réalisée à tout moment et à tout stade de l'évolution de la maladie par les délirants paranoïaques, quel qu'en soit le type nosographique, et même au cours de l'expérience délirante nommée paranoïa aiguë.

La clausturation paroxystique est brutale, automatique, apparaissant comme une réaction pantophobique, évoluant comme un acte réflexe incoercible, le raptus : le malade s'éprouve comme acculé à une fin, il a la certitude désespérée que ses persécuteurs vont réussir, que le drame va être consommé. Et c'est l'effort forcené pour rompre le cercle qui l'enserme. Clausturation, fugue, suicide, homicide est la tétrade réactionnelle dans cette situation. Quel que soit le genre choisi, la dangerosité est extrême. Clausturation, homicide et suicide s'accomplissent parfois successivement. Les observations de tels drames sont nombreuses ; citons un exemple.

X..., artisan ébéniste, véritable artiste, est inquiété par diverses administrations pour des retards de paiements des impôts, des cotisations de sécurité sociale, etc... Un délire de persécution commence à percer dans ses lettres et ses conversations avec les fonctionnaires intéressés ; il s'en ouvre à quelques parents. Deux ans plus tard, il perd sa femme. Nouvelles difficultés au sujet de la succession. Un jour, il reçoit une note impérative. Bien qu'il ne s'agisse que de faibles sommes, les mots « mise en demeure », « saisie » le frappent beaucoup. Très ému, il va immédiatement demander une explication à l'administration compétente ; il est éconduit. Il rentre chez lui, barricade portes et fenêtres, puis, pendant trois jours, démolit tout à l'intérieur : meubles, cloisons. Le quatrième jour, vers 8 heures du matin, il décharge son fusil de chasse, chargé à chevrotines, sur un passant qu'il croit être un fonctionnaire du fisc, puis il répand de l'essence de térébenthine au rez-de-chaussée, l'enflamme, et tente de se trancher la gorge avec une plane : les voisins accourus aux coups de feu le sauvent miraculeusement de l'incendie et il guérit de sa blessure. Internement (Clinique neurologique universitaire de Toulouse).

La claustration est une manifestation commune chez les *schizophrènes*. Elle est du type « passif », mal organisée, immotivée et énigmatique, accomplie parfois « au ralenti », automatiquement, comme exécutée par un robot.

V..., 18 ans, est amené ou plutôt porté, car il reste catatonique, en permanence plié comme assis sur une chaise imaginaire. Il se déplace « à croupetons », rarement d'ailleurs. Entre autres signes, il suit depuis trois ans un étrange cycle saisonnier : de mai aux vendanges, il réside continuellement, sauf pendant quelques nuits fraîches, dans une grotte de verdure, de lierre et de vigne-vierge entrelacés, appuyée au mur d'une grange dans la cours de la ferme de ses parents. On lui porte là ses repas. En hiver, il mène une vie apparemment plus normale à l'intérieur de la maison. [L. Gayral, dispensaire d'hygiène mentale de Revel (Haute-Garonne)].

Dans les phases initiales de la maladie, les réactions anxieuses semblent être la cause essentielle de la claustration schizophrénique. Elle présente souvent un aspect pseudo-névrotique.

A la période d'état, l'autisme fondamental conditionne des claustrations impulsives, épisodiques et mal organisées. Cependant, même alors qu'il ne semble plus persister qu'une profonde athymhormie, la claustration peut être la conclusion de paroxysmes anxieux insoupçonnables, exprimant par la coexistence d'un état d'indifférence habituelle et de flambées instinctivo-affectives aberrantes la discordance caractéristique. C'est alors que l'on peut

voir le schizophrène prolonger une claustration absolue, totale, pendant plusieurs mois, comme le montre l'observation suivante :

Résumé : Il s'agit d'un garçon normal jusqu'à l'âge de 18 ans, ayant fait ses études secondaires brillantes.

Il a commencé des études supérieures en 1921, à 20 ans, avec facilité, mais, pendant cette première année, on a noté de longues périodes de rêvasseries, l'abandon des sports qu'il aimait.

Après dix-huit mois d'études, il a abandonné à peu près complètement ses cours, ne lisant plus guère, ne parlant plus à table, ne fréquentant plus le monde. Peu après le docteur Dide fait le diagnostic de schizophrénie.

Au cours de 1927, la maladie va en s'accroissant et il fait deux fugues, puis s'enferme dans un mutisme complet.

Il exige de vivre dans une maison de campagne, tout à fait isolée, avec son père et sa mère, à condition de ne pas leur adresser la parole et de vivre seul dans sa chambre ; il assistait régulièrement aux repas. Il consentait à d'assez longues promenades avec son père, mais sans parler.

Pendant une quinzaine de jours, il a vécu ainsi, puis il a consenti à vivre avec son père et sa mère dans une autre maison, à 150 m. de l'agglomération, pendant quelques mois.

Il a exigé le retour dans la première maison, beaucoup plus solitaire, et il a passé quatre mois avec son père, très replié sur lui-même, ne lisant plus, ne parlant guère, avec des rires immotivés, et un certain nombre de gestes stéréotypés (se donnant des soufflets), une mas-turbation devant ses parents.

Il augmente alors sa claustration et ne veut plus quitter sa chambre, mais en laissant la porte ouverte et en acceptant que sa mère vienne deux fois par jour lui porter sa nourriture. Cette situation se prolonge pendant près de six mois. Au début de 1928 la claustration devient effective.

Il obture complètement la fenêtre de sa chambre avec des briques et du mortier qu'il a été chercher dans le jardin, puis il mure aussi la porte de sa chambre d'une manière assez grossière mais efficace, après avoir enlevé le chambranle, et il perce avec une pioche le plancher de sa chambre de manière à faire descendre un seau dans lequel on place du lait et du pain, il n'accepte pas d'autres aliments. Tous les deux ou trois jours, le même seau rempli d'ordures est descendu et il n'accepte pas un autre ustensile pour remonter son laitage. On a cherché à plusieurs reprises de changer le seau, il est demeuré alors deux jours sans manger. Toutes les objurgations ont été vaines pour forcer sa retraite et ce n'est qu'après trois mois qu'on a décidé de s'emparer du malade.

Il est facile d'imaginer les difficultés matérielles que cela a représenté. Ce garçon a été placé dans une maison de santé et il a subi

deux cures de Sakel de 40 comas chaque fois, à cinq mois d'intervalle, en Suisse. Le résultat a été bon et la vie familiale a pu reprendre en partie ; il se présentait alors comme un dément précoce hébéphrénique simple, avec subdémence, mais automatismes sociaux suffisants. Mais il y a eu plusieurs poussées du type paranoïde, avec impulsions et agitation, dont l'une a nécessité un séjour d'un an dans une maison de santé suisse, où il fut traité par la psychothérapie.

Il n'a jamais été possible de faire extérioriser nettement la motivation de la claustration : « Je préférerais être seul, j'en avais assez de ce qui me rappelait la vie..., ça ne me disait rien de descendre..., moins je voyais mes parents mieux je me portais..., le lait est un aliment naturel qui donne des forces au cerveau..., les premiers hommes ne se rasaient pas..., je préférerais mener la vie des chauves-souris... » (observation personnelle de M. le professeur M. Riser).

Quoique rare, nous avons pu observer une claustration active et organisée chez un schizophrène, porteur de troubles importants du caractère avec agressivité et symptômes du genre « pervers » qui permettaient de rapprocher ce cas de l'héboïdophrénie.

Garçon de 26 ans. Vers la quatrième année de l'évolution d'une schizophrénie, scène d'une extrême violence dans sa famille, coups à son père. Il va s'enfermer dans une très grande maison que possèdent ses parents à 60 km. de la ville. De là, il envoie des lettres de menaces à la parenté, va de temps en temps à la ville voisine pour acheter des vivres, et, en dehors de toute idée de persécution, se montre arrogant, susceptible, hargneux, « cherche la bagarre » au cours de ses courtes sorties. Le reste du temps, il demeure enfermé, des armes blanches à sa portée. Au bout de cinq semaines, il consent à recevoir un ami de la famille qui le ramène à ses parents (observation L. Gayral et Y. Hervé).

Quelquefois, la claustration revêt une signification éthico-religieuse, d'holocauste ou de sacrifice, ou répond à des productions mentales, inspiration, hallucination. Ce genre de claustration est surtout fréquent au cours des délires paranoïdes de long cours. Mais, dans ce cas, le déréel et le manque d'organisation du thème délirant, l'indifférence du malade, l'absence de réticence s'accommodent mal d'une longue existence clandestine.

Citons, pour être complet, la possibilité de claustration de tous types, par les *délirants alcooliques* (alcoolisme subaigu).

L'appétit de solitude est un élément fondamental de la conscience *mélancolique* et, avec lui, le désir de claustration explicite ou, quoique ressenti, non formulé et même caché.

Le mutisme ou un flegme forcé remplacent la claustration ou

en dissimulent la volonté. Dans les formes délirantes, la claustration est secondaire aux idées d'indignité, de culpabilité, de châtimement (la claustration est une incarcération volontaire), de puanteur exhalé par le corps du malade, ou consécutive à un ordre hallucinatoire : « Cache-toi » : ce sont des claustrations altruistes.

Accompagnée de refus d'aliment, la claustration est à la fois le symbole et une forme de suicide, réalisant une sorte de mort non scandaleuse.

Dans ces cas, on peut observer la séquestration altruiste, prélude au meurtre du même genre.

Th., 68 ans, maraîcher, présente un état profond de mélancolie délirante : il a touché des cartes d'alimentation (on est en 1943) d'une catégorie supérieure à la sienne, il est V et non pas T, ce sont des cartes V qu'on aurait dû lui donner, et non pas T. Sa femme qui s'en est servie chez les fournisseurs est aussi coupable et ils ont mangé le pain des autres. Ils sont coupables, passibles des peines les plus graves pour crime en temps de guerre..., on va les arrêter..., ce n'est que justice..., mais quel scandale pour la famille. Il reste plusieurs jours enfermé dans sa chambre, refusant la nourriture. Puis il interdit à sa femme de sortir, barricade porte et fenêtre et garde la malheureuse, qui vit de petites provisions consommées en cachette. Au bout d'une semaine environ, pendant la nuit, le malade croit entendre la police qui vient pour l'arrêter. Il saisit sa femme (66 ans), qui dormait à côté de lui, la traîne quasi-nue dans le jardin, où il s'apprête à la tuer à coups de couteau, avec l'intention de se suicider ensuite. Les voisins, alertés par les cris de la victime, arrivent juste à temps pour la délivrer et maîtrisent le forcené, qui comptait par ce dernier geste échapper au procès scandaleux et satisfaire la justice par la mort de deux coupables (observation de la Clinique neurologique universitaire de Toulouse).

Il n'y a pas, on le comprend, de véritable *claustration maniaque*. On a pu observer des renfermements par sorte de jeu ou curieusement motivés.

V..., boulanger, déploie pendant les premiers jours de ses crises de manie une activité sexuelle extraordinaire. Une fois, il ferme la boutique et reste durant quatre jours enfermé avec sa femme dans son petit appartement, en usant du four comme d'une alcôve. Il renvoyait avec force horions pittoresques ceux qui sonnaient à sa porte (observation de la Clinique neurologique universitaire de Toulouse).

Chez les *débiles mentaux*, la claustration est rare. Elle correspond à un épisode d'opposition ou à une bouffée interprétative du

genre persécutif. Elle dure peu, les difficultés d'alimentation suffisent généralement à la faire cesser. Il est cependant des cas plus compliqués et dont l'importance médico-légale n'échappera pas.

Dorothée J... est prévenue du délit de dévastation de récoltes. Elle hérita d'immeubles avec terres attenantes, qui furent vendus à la requête des créanciers du père. D... ne comprit rien à cette procédure, continuant à se considérer comme légitime propriétaire, s'enferma chez elle, refusant toute visite, jetant à la porte l'huissier. Après une peine de quinze jours de prison, elle se claustra de nouveau : nouvelle condamnation à un mois pour insultes aux agents de la force publique. Après quoi, elle revient à la maison, et pioche dans « son » jardin, dévastant les récoltes des nouveaux propriétaires, ce qui conduit à une troisième condamnation à deux ans de prison. C'est elle qui, en interjetant appel, provoque enfin un examen médical qui fit ressortir qu'il s'agissait d'une petite débile mentale affectueuse, économe, laborieuse, agissant sans haine ni idée de vengeance, que l'idée fixe de la possession de la terre expropriée empêchait d'apprécier les raisons qu'on opposait à ses affirmations (observation de Kraft-Ebing, résumé).

La claustration n'est pas fréquente au cours de la *paralyse générale*. Elle a alors tous les caractères des actes de ces malades, car elle survient à une époque déjà avancée de la maladie, ce qui n'empêche pas qu'elle peut en être la première manifestation reconnue.

G... est un solide déménageur, qui occupe une chambre dans un immeuble d'un quartier populeux. Un beau jour, il quitte sans motif son emploi, vend tous les meubles, y compris le lit, s'enferme dans sa chambre, sans provision, dormant sur un tas de vieux journaux étalés dans un coin, buvant au robinet. Il resta ainsi jusqu'au matin où sa voisine de palier reçut de la campagne une motte de beurre en vue d'une fête familiale : aubaine pour l'époque (1945). Notre homme le surprit-il, ou s'agit-il d'une coïncidence ? Quoi qu'il en soit, la mère de famille, ayant posé le beurre sur la table de la cuisine, s'en fut, laissant la porte du logis entr'ouverte sur la cuisine justement, faire la causette dans l'escalier avec une autre locataire. Mais, entendant du bruit chez elle, elle remonte précipitamment et pousse des cris d'effroi et de dépit en trouvant l'énorme déménageur tout nu, sale et dégageant une effroyable odeur, qui achevait de dévorer le beurre. Notre homme se réfugie chez lui où, peu après, la police vient le chercher après avoir enfoncé la porte : on le trouva hébété, un tas d'excréments au milieu de la chambre, la cheminée transformée en urinoir. On estime à moins de dix minutes le temps mis par ce malade pour engloutir près de 1.500 gr. de beurre et autant de pain. L'examen a montré

une paralysie générale typique (observation de la Clinique neurologique universitaire de Toulouse).

Mais la claustration paralytique ne se présente pas toujours comme un acte automatique et sans explication. Il peut arriver qu'elle conduise à des difficultés sérieuses de diagnostic et d'interprétation.

K..., 54 ans, horticulteur, cesse de travailler et refuse de sortir de chez lui. Il habite un petit pavillon à Toulouse avec sa femme. Il reste ainsi pendant deux mois. Ce n'est pas une claustration complète, mais il refuse de quitter la maison, se retire dans la chambre dès qu'il y a un visiteur, tolérant la présence seulement de sa femme. Il est hargneux, parle très peu, se montre anxieux ; longues périodes de méditation. Il finit par ne plus quitter sa chambre, où il prend les repas. La fenêtre reste fermée, volets tirés. Une fois, il demande à sa femme de l'aider à pousser une armoire devant cette fenêtre. Après plus de trois mois, pendant lesquels la claustration se renforce, il consent à recevoir le médecin de famille. Par la porte entrebâillée, il se montre deux minutes sans dire un mot. Ce médecin avisé en a assez vu pour justifier le placement. A la clinique neurologique, K... se présente comme un halluciné persécuté, il demeure très anxieux, peu communicatif, demande à plusieurs reprises d'être placé dans une chambre seule. On a la surprise de trouver les signes d'une paralysie générale, signe d'Argyll, dysarthrie, clonies fines des lèvres, syndrome humoral complet. C'est au bout de trois semaines qu'il donna l'explication de sa conduite : il est constamment guetté par des hommes armés de fusils, qui étaient dans les arbres devant la fenêtre de sa maison et dans la haie du jardin, leur feu battant, par les fenêtres, toutes les pièces. A l'hôpital même il a vu, il voit et nous désigne ces hommes sur les toits et dans les arbres du parc. Il soupçonne ses voisins de salle de l'avoir signalé à ces fusilleurs. Amélioration très considérable par arsénicaux et malaria (observation de la Clinique neurologique universitaire, Toulouse).

Dans le cas de la *démence sénile*, même si, comme il est habituel, le vieillard rétrécit le champ de son existence à quelques pièces, à un bout de jardin, la véritable claustration est rarement réalisée, car l'affaiblissement intellectuel, les déchéances physiques n'en permettent guère la réalisation, tout au moins tant que l'entourage familial est suffisant. Si la parenté disparaît, on a surtout affaire à un problème médico-social, pas toujours commode à résoudre.

Mme S..., vieille dame de 81 ans, habitant seule depuis une dizaine d'années une petite ville agréable de la banlieue. Le mari, un fonction-

naire important, lui avait laissé jouissance de la maison, mais l'avait léguée à leur fils, qui fut placé dans un hôpital psychiatrique pour démence précoce survenue après la mort de son père.

Mme S... a peu à peu sombré dans un état démentiel sénile, avec persistance des automatismes sociaux, qui a fait que son état d'aliénation est passé inaperçu. Les seuls contacts de Mme S... pendant quatre ans ont été avec deux voisines qui, par charité, assuraient régulièrement sa subsistance. Mme S..., extrêmement avare, passait par des crises de prodigalité, au cours desquelles, pour une bouchée de pain, elle distribuait le mobilier, les draps, le linge, etc... Ne voulant pas acheter de charbon, ni de bois, elle brûlait pour se chauffer les meubles luxueux que lui avait laissés son mari.

Elle refusait toute visite. Pendant quatre ans, personne n'a pu rentrer dans son appartement, dont les volets et toutes les ouvertures étaient constamment clos. Les portails sur la rue étaient fermés à clef et entourés de fil de fer grossièrement et symboliquement entortillé.

Aussi évidente que soit la claustration dans ce cas, elle se serait poursuivie jusqu'à la mort de la malade, si la maison lui avait appartenu. En fait, elle appartenait à son fils, dont les intérêts étaient défendus par le protecteur des biens des aliénés, qui fut mis au courant des déprédations que commettait Mme S... Comme elle possédait une maison dans les Pyrénées, il lui fut demandé d'aller y habiter, un neveu acceptait de s'occuper d'elle. Mme S... ne répondit pas. Un placement d'office fut nécessaire à la suite d'une enquête menée par l'assistante sociale-chef du service d'hygiène et prophylaxie mentales (observation de la Clinique neurologique universitaire de Toulouse).

Le véritable problème psychiatrique que pose l'isolement dont s'entourent les vieillards est de distinguer un certain « solitarisme », normal à ces âges, de la claustration morbide.

On observe souvent chez les gens âgés une sorte de *tædium socii*, à base d'ennui, de blasement et d'indifférence à l'égard de l'existence physique, qui se trouve exprimé de la manière la plus fine et la plus saisissante dans les dernières conversations de Fontenelle, alors presque centenaire. Chez les uns, le solitarisme est aimable, aurolé d'une sorte de sérénité indulgente ou majestueuse. Ils vivent aussi seuls que possible, mais gardent habituellement avec le monde un contact épistolaire, parfois considérable comme dans le cas de Charles-Quint à Yuste.

Les autres, déjà nettement anormaux, affectent une misanthropie acerbe et hargneuse. Ils se retranchent derrière un égoïsme extrême, dont l'avarice, l'indifférence et la claustration sont les manifestations les plus habituelles.

Que cette conduite s'aggrave jusqu'à l'insociabilité et qu'il

apparaisse des signes neurologiques et mentaux d'affaiblissement des fonctions cérébrales, et voilà réalisé le tableau de l'état « sénile » tel que Lévy-Valensi en a laissé la description tragiquement suggestive. La claustration à tous les degrés en est une manifestation fréquente, mais habituellement masquée par le soin des familles.

Il n'y a pas de véritable claustration *hystérique*, mais seulement des simulacres de claustration : non pour fuir la société, mais pour exciter sa curiosité et s'exhiber.

Quoique à rapprocher de la névrose hystérique, il est difficile de mettre une étiquette nosographique précise sur les cas historiques d'*enfermement en groupe*, tel celui de toute une collectivité religieuse au *xvi^e* siècle, ou encore l'emmurement souterrain volontaire de l'entière population de Tarnow (Ukraine) au siècle passé.

Les *timides*, les *hyperémotifs* peuvent, dans certaines circonstances, se réfugier dans la claustration, qui est alors un équivalent de fugue.

Dans ces catégories, on place :

La claustration des *déracinés* : jeunes recrues de la campagne, déportés du travail, exilés divers ; les facteurs ethniques (recrues de Bretagne, paysans slaves), éducatifs et sociaux jouent un rôle important.

La claustration est une réaction de l'*hyperémotif* qui se sent brusquement menacé : accusation quelconque, citation en justice ; ambiance de troubles sociaux... Des tendances interprétatives favorisent alors cette réaction, et, bien entendu, la claustration appréciée par le policier ou le juge : il se cache, donc il est coupable, — aphorisme en vigueur à l'époque de la loi des suspects —, ne fait qu'aggraver le cas du malheureux hyperémotif victime d'une passagère décompensation de sa faculté labile d'adaptation.

La claustration au cours des *névroses* revêt une grande importance, tant en raison de sa signification qu'à cause des problèmes de diagnostic pratique qu'elle soulève.

La claustration n'est pas rare chez les *obsédés hypochondriaques*, *psychasthéniques*, « *cénestopathes* », etc... La barrière physique est réalisée par l'enfermement dans la chambre avec alimentement, et la seule société tolérée est celle d'un parent ou d'un domestique, et la visite du médecin. La claustration est motivée non seulement par des préoccupations hypochondriaques, mais aussi, d'une manière peu explicitée parce que d'origine subconsciente, par la complaisance dans une attitude qui justifie l'inac-

lion au lit douillet, procure la considération portée traditionnellement aux malades et ménage une vie sans à-coups, dont l'entretien est passivement abandonné au parent ou au domestique « soignant » et nourricier. Certains y ajoutent des manifestations caractérielles d'hostilité et d'autoritarisme exigeant.

Dans la petite ville de V..., dans l'Ariège, on montre aux visiteurs « la maison de l'original » : belle bâtisse en pierre, genre bourgeois, dont les fenêtres sont closes et où personne n'a pénétré depuis dix-huit ans, sauf, trois ou quatre fois, le médecin du pays, dont je tiens l'histoire. Le propriétaire, M. N..., fils unique d'un négociant en grains, après des études de droit à Toulouse, vint assister le notaire de V... A la mort de son père, il hérita une grosse fortune en fermes, titres et maisons. Obstinément célibataire, il quitta le notaire et vécut avec sa mère et un domestique de même âge que lui, sortant peu, mais assez pour ne pas paraître anormal, administrant ses biens. Il avait même une automobile. C'est à partir du décès de sa mère qu'il s'est enfermé dans une chambre pour n'en plus jamais ressortir. Il y a dix-huit ans actuellement (1952) et rien n'indique que quelque changement doive survenir. Il reste continuellement au lit, dans la demi-obscurité. Pour lui porter la nourriture, le domestique doit sonner à la porte de la chambre et ne pénétrer qu'après un petit moment, car le malade se retourne vers le mur ou s'enfouit sous les draps. C'est seulement le matin qu'il se laisse approcher pour la toilette, qui est méticuleuse. Il donne à ce moment les indications pour le menu de la journée. Il ne lit aucun journal mais il continue à administrer ses propriétés par correspondance et ses revenus sont importants. Son domestique a la plus grande liberté, les seules consignes formelles étant de tenir toutes les fenêtres closes au volet et de ne recevoir personne dans la maison. M. N... exprime quelques idées hypochondriaques concernant l'appareil respiratoire : il craint de respirer de l'air froid et dit avoir des accès de suffocation ! En hiver, un poêle maintient 20° dans la chambre, dont l'air n'a jamais été renouvelé depuis le jour du décès de la mère. M. N... n'a confiance ni dans les guérisseurs, ni dans les médecins. Le seul incident, depuis 1933, a été l'envahissement de la maison par les allemands, puis par un parti d'espagnols maquisards. M. N... n'a rien changé à ses habitudes, il a refusé d'ouvrir sa chambre aux uns comme aux autres, et tous, sans doute frappés par l'atmosphère sinistre du lieu et l'étrangeté de l'hôte, ont écourté leur séjour (L. Gayral, observation personnelle).

De telles observations ne sont pas rares, il n'est pas de médecin praticien qui n'en ait rencontré, aussi bien en ville qu'à la campagne. Avec Pierre Caizergues, l'un de nous, en a isolé un type particulier sous le nom de « vieux garçon de village » (1), ééli-

. (1) Étude inédite.

bataire, artisan plutôt qu'ouvrier agricole, souvent hypochondriaque, qui ne quitte jamais sa boutique ou son échoppe, limitant les rapports sociaux à la petite clientèle qui l'aide à vivre.

Les grands *obsédés psychasthéniques* réalisent des clausturations de longue durée motivées, tout au moins en apparence par leurs thèmes obsédants. L'indécision, l'aboulie, le minutieux étalement d'horaires et de plans pour le lendemain ou l'avenir, l'état de lutte constante où les plonge cet exercice épuisant d'une activité à vide, rendent immanquable cette forme de protection et d'économies des forces psychiques et physiques qu'est la clausturation. Une observation de Courbon et Mme Buvat concernant une clausturation prolongée pendant 13 ans est absolument typique à cet égard et les résume toutes.

Le malade, dont vous admirez la vivacité de l'intelligence et l'habileté de la dialectique, est resté pendant treize ans enfermé dans une chambre où il ne laissait pénétrer personne, communiquant avec autrui à travers la cloison, entrebâillant la porte derrière laquelle il se cachait pour recevoir ou donner les objets dont il avait besoin, laissant croître sa barbe et ses cheveux sans en prendre aucun soin, vivant au milieu de seaux hygiéniques pleins de déjections et vêtu d'habits constellés de taches d'urine ou de matière fécale.

Cette existence n'a pris fin qu'au décès de sa mère, date à laquelle il fut interné d'office. Il portait alors la chevelure longue de 48 cm.

Rentré chez ses parents après sa démobilisation, il voulut se reposer avant de reprendre un métier. Et ce besoin de repos se prolongea tellement qu'il n'a pas encore disparu.

Il prétendait que le mouvement de la foule lui donnait le vertige et il ne sortait qu'exceptionnellement.

Lors de l'enterrement de son père, en 1925, il ne fut pas prêt à l'heure pour suivre le cortège, qu'il ne rejoignit qu'au cimetière.

Depuis cette date, n'ayant plus d'autre autorité à subir que celle de sa mère, il ne mit plus le pied hors de sa propre chambre, où il ne laissait entrer personne. Si ses frères voulaient lui parler, c'est à travers la porte qu'il écoutait et répondait. Il faisait lui-même son lit et le nettoyage de la pièce, qui avait fini par devenir d'une saleté nauséabonde, car il s'y servait de seaux hygiéniques, qu'il n'allait vider que la nuit dans les water-closets, situés sur le palier de l'escalier.

« J'ai eu peu d'amis, parce que j'étais plutôt délicat et timide. Mon père, mes frères, ne me comprenaient pas. Seule ma mère me comprenait. Elle était à la fois une mère et une compagne pour moi. Je ne lui faisais pas toutes mes confidences, car je ne sais pas faire de confidences, mais c'est à elle que j'ai dit le plus que je pouvais dire de moi à autrui. J'ai tout perdu en la perdant.

« Si j'ai vécu ainsi dans ma chambre, c'est parce que j'avais énor-

mément à faire pour rétablir mon équilibre moral, perdu depuis l'adolescence, et aussi beaucoup par crainte du ridicule, auquel m'exposaient ma barbe et mes cheveux incultes.

« Je n'avais jamais le temps de rien faire, car je consacrais toutes mes forces à rétablir mon équilibre. Depuis mes dernières années à l'école Colbert, je ne me sentais plus sûr de moi : je me sentais à la merci des événements et, par la réflexion, par la lecture, je voulais redevenir moi-même, c'est-à-dire redevenir tel que j'avais été autrefois. Je cherchais un équilibre parfait et ne me décidais jamais. Je ne voulais pas me contenter du relatif. Je voulais l'absolu... »

La claustration vient dans certains cas se placer au milieu d'un syndrome complexe, d'allure névrotique, sans qu'on puisse spécifier plus. Alors, la claustration, avec ce qu'elle implique de profondeur de la régression et d'archaïsme de la conduite, apporte un élément de pronostic sérieux et place souvent le cas aux confins psychotiques, et c'est à la schizophrénie qu'on s'attarde à penser.

Mme Leulier (*L'évolution psychiatrique*, III, 1949) a pu présenter l'histoire d'une névrose chez une jeune fille, chez qui, sans qu'il y ait une claustration véritable, parce que difficile à accomplir matériellement, la réjection sociale était nette. C'est à l'occasion de ce cas que M. Rouart a parlé de « stade prénosographique ». La survenue de la claustration dans la névrose conduit souvent à des réflexions de cet ordre, qui ne sont pas vaines en raison de leur conséquence sur le plan pratique du pronostic et des indications thérapeutiques.

M. Henri Stern a rapporté (*Psyché*, n° 17, mars 1948) l'observation fouillée d'un malade atteint de névrose obsessionnelle grave.

Extraits : N. H..., 30 ans, après un séjour de plusieurs années en maison de santé, finit par être étiqueté schizophrénie... Hirsute et crasseux, il vivait dans un état de claustration presque totale. Les visiteurs et médecins étaient soumis à un cérémonial compliqué. Avant de franchir le seuil de sa chambre, obscure et sale, il fallait rentrer et sortir jusqu'à douze fois et plus avant que le malade, murmurant des formules magiques ou comptant jusqu'à un nombre toujours variable, permit enfin au visiteur l'accès de sa chambre... Il avait à sa disposition une infirmière particulière, qu'il tenait dans un régime d'esclavage, et dont le travail essentiel consistait à coller des petits bouts de papier, hygiénique de préférence, sur les murs et les meubles, aux points où le malade prétendait voir des taches...

Il apparut (d'après ses rêves) qu'il s'agissait d'une fixation incestueuse à la mère, de culpabilité inconsciente pour la mort du père, d'une rivalité inavouée envers un frère jumeau, sujet plus brillant que

lui, le « raté », aimait autant qu'il le détestait. En cours de traitement analytique, le malade marqua un but... « Voilà ce que j'ai inventé, nous dit-il, j'ai travaillé toute la nuit pour trouver ce système. Quel bonheur, pas d'obsession. Tant que je tiens ce fil d'Ariane à la main, il me semble être un homme normal. » En effet, il tenait le bout d'un fil qui, de son lit, courait dans tous les sens à travers la chambre. Il avait déroulé toute une bobine, créant un réseau sans ordre apparent. Le fil allait d'un meuble à l'autre, du mur au plafond, puis au plancher, de sorte qu'il était bien difficile de traverser la chambre sans se heurter à ce bizarre tissu.

N. H... nous a demandé d'étudier ce qu'il avait fait, car lui-même ignorait pourquoi il avait donné à ce fil ce parcours particulier.

Voilà ce que nous trouvâmes. Le bout terminal du fil se perdait dans la cheminée..., nous suivîmes le fil dans le tuyau, d'où nous retirâmes une bouteille bouchée. Le fil passait entre bouchon et goulot et se terminait à l'intérieur de la bouteille, où il entourait une boule de papier froissé qui, déplié, révéla un nom propre, celui du frère jumeau du malade.

Amélioration importante par psychothérapie analytique. Exposé et interprétations des dessins du malade.

Notons, en passant, que la construction d'un réseau de fils ou de ficelles dans la pièce est chez les claustrés un fait remarquable et toujours significatif. Un ex-marin, parent d'un malade de G. de Clérambault, disait de l'appartement du patient : « On se serait cru dans un sous-marin. »

De l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de MM. Voivenel, Noguès et Laboucarie, il est difficile de dire, comme dans la plupart des cas aigus, s'il s'agit d'un épisode psychotique aigu « réactionnel » ou d'un développement névrotique, ou encore d'un épiphénomène délirant passager sur fond névrotique. Mais l'organisation et le maintien d'une claustration aussi longtemps et dans les conditions qu'on va narrer amènent à faire des réserves sur le pronostic mental ultérieur des intéressés.

Claustration conjugale interrompue au bout de quatre-vingt-quatorze jours. — Les médecins sont appelés par le père et la mère d'une jeune femme de 22 ans qui, jusque-là, avait été toujours bien portante, élégante, mariée depuis quatre mois environ. Le mariage avait eu lieu en province, deux ou trois semaines après les deux époux étaient revenus à Toulouse et depuis ce temps-là, c'est-à-dire quatre-vingt-quatorze jours, le père et la mère avaient constaté qu'ils s'étaient enfermés dans une chambre d'où ils n'étaient plus sortis. A leurs exhortations, la jeune femme avait toujours prétendu qu'on voulait lui prendre son mari. C'est la peur du scandale qui avait fait des parents

les complices involontaires de cette claustration prolongée. Quand les médecins demandèrent à voir les deux claustrés, les parents les conduisirent vers une petite porte vitrée, donnant dans un couloir sombre. Derrière les rideaux, on distinguait simplement une lumière rosée. Aux bruits faits dans le couloir succédèrent des hurlements dans la chambre, un des carreaux de la porte manquait et c'est par ce carreau que les parents faisaient passer les repas. La porte était fermée à clef et était à moitié obstruée par une commode. Par la force, la porte fut défoncée et un spectacle inimaginable fut offert. Dans une chambre obscure, une odeur pestilentielle, au-dessus du lit, une lampe voilée, par un linge rose, le lit occupait les trois quarts de la pièce et émergeait à peine d'un tas d'immondices : urines, matières fécales, linges souillés, carafe, bouteilles, débris d'aliments, etc... Sur le lit, une fille en chemise de nuit rose immonde tenant par l'épaule un garçon superbe, tout nu et pleurant à chaudes larmes. La jeune femme hurlait tout ce qu'elle savait. Il fut impossible de les décider à sortir de la chambre. Ceci se passait un samedi : il fut décidé que l'on attendrait jusqu'au lundi pour les placer chacun dans une maison de santé différente. Le lundi matin, quand le médecin revint sur les lieux, le père et la mère déclarèrent que tout était inutile et que l'attitude des deux époux avait complètement changé : le soir même ils avaient changé de chambre, le dimanche matin ils étaient allés à la messe, l'après-midi ils s'étaient couchés pendant quelques heures et le dimanche soir ils étaient allés au cinéma.

Dans les antécédents, on apprend que le mari était un débile plastique et que le « délire de jalousie » de l'épouse avait été depuis longtemps préparé dans les circonstances suivantes : la mère du jeune époux s'était remariée avec un veuf ayant également un fils du même âge. Au cours de la guerre, le père et la mère se replient à Toulouse laissant les deux fils respectifs dans le Cantal. C'est là qu'ils font connaissance des parents de la jeune fille et qu'ils envisagent de marier chacun de leur côté leurs fils avec la jeune fille. Mais le père quitte le premier Toulouse et la mère profite de son absence pour vanter les mérites du sien aux dépens de l'autre : elle lui fait en particulier valoir que son fils est un garçon superbe (ce qui est exact) et que toutes les filles lui courent après. C'est à partir de ce moment que la jeune fille tombe amoureuse du garçon sans le connaître, et en devient jalouse même avant de lui appartenir. C'est d'ailleurs pour fuir les anciennes connaissances possibles de son mari qu'elle refuse de s'installer dans le Cantal et qu'elle décide de le ramener chez ses parents.

La claustration est rare chez les *enfants*. Cela tient à l'hyperactivité psycho-motrice, au besoin de dépendance et aux conditions de la vie en famille, qui sont défavorables à la réalisation d'une clôture et au maintien d'un isolement prolongé.

Il n'est donc pas étonnant qu'on puisse opposer chez l'enfant

la rareté de la claustration à la fréquence de la fugue. Cependant, on peut voir une claustration courte et imparfaite, au titre de réaction d'opposition, ou réactionnelle chez de petits hyperémotifs mal compris. L'enfermement avec grève de la faim au chantage a été relaté. Nous n'avons pas trouvé de véritable claustration en fait de schizophrénie infantile.

*
*
*

La claustration est un signe privilégié. Il y a peu de manifestations qui expriment aussi directement les tendances profondes du malade, son ton réactif et la signification réelle de son activité morbide. Au fur et à mesure du développement nosographique, nous avons vu que la claustration paraissait motivée comme naturellement chez les persécutés, les mélancoliques, les schizophrènes, plus obscurément chez d'autres. C'est qu'en réalité, il reste à savoir pourquoi tel délirant persécuté a choisi la claustration plutôt que la fugue ou la poursuite à main armée, tel névrosé, la stricte clôture dans la saleté... C'est poser la question du choix du symptôme, qui ne peut être abordée que sur le plan de l'individu, de son inconscient et de son vécu propre : affaire historique personnelle, conduite simultanément sur le plan phénoménologique, et par l'examen des circonstances d'un conflit original personne-société, ensemble irréductible à des conditions de nosographie générale.

En pratique, la claustration est le témoin d'une désadaptation grave, liée à une régression profonde et à un dynamisme morbide puissant. On est surpris qu'une manifestation aussi grossièrement anormale bénéficie de l'indifférence, de la tolérance, voire de la complaisance de l'entourage des malades. C'est uniquement à ces attitudes que l'on doit de pouvoir trouver sans peine, dans une société organisée et policée, des observations de claustration étonnamment pittoresques et prolongées.

C'est reconnaître, à la suite de Raviart, de G. de Clérambault, de Colin, de H. Claude, de Dupouy, l'importance qu'on doit donner sur le plan médico-social à cette manifestation, dont il serait utile d'instruire les membres des services d'assistance sociale, les responsables de la sécurité et de l'ordre et même le public. Ce qui permettrait d'étendre les mesures d'hygiène et de prophylaxie mentales, et, ainsi, d'éviter des désordres, d'épargner des vies et de pouvoir appliquer à temps les thérapeutiques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 9 mars 1953

Présidence : M. G. COLLET, ancien président

PRÉSENTATIONS

Une forme familiale et précoce de la maladie de Pick, par
MM. L. MARCHAND, P. Kœchlin, M^{lle} H. CHAIGNEAU et
J. DEVERBIZIER (1).

Nous rapportons l'histoire d'un syndrome démentiel d'évolution lente et progressive avec éléments aphaso-agnosiques, confirmé comme maladie de Pick à l'examen anatomo-pathologique, et frappant par son apparition d'une précocité inaccoutumée et par son caractère héréditaire et familial.

OBSERVATION. — Alphonse M..., né en 1906, parut présenter ses premiers troubles au cours de l'été 1940, c'est-à-dire à l'âge de 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Ses grands-parents maternels étaient cousins germains. Sa mère est décédée à l'âge de 45 ans, dans un état de démence remontant à une dizaine d'années. Elle était issue d'une fratrie de quatre, dont les trois autres éléments, deux frères et une sœur, paraissent n'avoir rien présenté d'anormal.

Antécédents collatéraux. — Il avait quatre collatérales : l'une est bien portante. Sur la seconde, nous n'avons aucun renseignement. Les deux dernières furent atteintes de troubles analogues à ceux du malade.

1° *Odette* : l'état démentiel eut chez elle un début très précoce (vraisemblablement avant 30 ans). Elle contracta, au cours de son internement, une tuberculose pulmonaire évolutive, dont elle est décédée à 34 ans.

2° *Solange* : elle aurait subi six césariennes (?). Le début de ses troubles se situe vers l'âge de 31 ans. En 1944, elle présentait un état démentiel global d'évolution progressive avec éléments aphaso-agnosiques sans apraxie certaine. L'examen de fond d'œil et la ponction lombaire n'apportaient aucun

(1) Travail du service de M. le Dr Sivadon : Centre de traitement et de réadaptation sociale à Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.),

élément particulier. Seule, la ventriculographie montrait : une dilatation ventriculaire sans hypertension intra-cranienne ; une atrophie à prédominance frontale.

Antécédents personnels. — M... est né à terme. Son enfance fut normale. Il n'a jamais présenté avant son internement aucune maladie grave. A l'école, il était bon élève et passa avec succès le certificat d'études. Il accomplit normalement son service militaire. Il avait, avant la maladie, un comportement général très « sociable » et stable. Il fit pendant quinze ans le métier de compositeur-typographe dans la même place.

En 1942, au cours des bombardements du Creusot, il subit un léger traumatisme crânien sans perte de connaissance.

Histoire de la maladie. — En 1940, en l'espace de six mois, l'entourage remarque un certain nombre de signes évoquant un affaiblissement progressif.

Le sujet se perd dans le métro, commet des oublis, témoigne d'une relative indifférence affective à l'égard de l'entourage. On remarque une bradypsychie avec diminution du rendement intellectuel et professionnel ; une incurie progressive apparaît ainsi qu'une émotivité extrême pendant les alertes. Toutefois, le malade continuera à travailler pendant quatre ans jusqu'en 1944. Il a conscience de ses troubles.

Au cours d'une première hospitalisation en 1944-1945, on constate l'accentuation des signes déjà évoqués : déficit intellectuel, indifférence, bradypsychie, éléments euphoriques, émotivité, dysarthrie, dyspraxie, aspect pseudo-parkinsonien, avec intégrité des paires crâniennes, fond d'œil normal, réflexes pupillaires normaux.

La ventriculographie, pratiquée le 24 décembre 1944, révèle une atrophie prédominante frontale.

Le 30 janvier 1945 : électro-encéphalogramme (Dr Fischgold). Tracés occipitaux : rythme régulier, bien fourni, fréquence abaissée à 7 c./s. Tracés frontaux : rythme beaucoup moins stable de 6 jusqu'à 7 c./s., mais partout présent.

Le 6 avril 1949 : albumine, 0,22 ; leucocyte, 0 ; benjoin, 00000.02222.0000 ; Bordet-Wassermann, négatif, sang et liquide céphalo-rachidien ; urée, 0,20.

L'évolution continue d'être progressive et un placement volontaire est fait à Ville-Evrard le 4 novembre 1949.

Les examens neurologiques alors pratiqués sont grandement compromis par l'affaiblissement intellectuel et l'apparente incompréhension du malade.

La lenteur est remarquable. La démarche est hésitante, avec élargissement du polygone de sustentation. Il existe des stéréotypies d'attitudes ainsi que des stéréotypies verbales et une discrète palilalie. La résolution musculaire complète n'est pas obtenue, mais il n'est pas possible de faire la part de l'incapacité du sujet et de son incompréhension de l'ordre reçu. La réaction d'équilibre est mauvaise. La coordination est médiocre, sans qu'on puisse parler de tremblement d'arrêt ou d'adiadococinésie vraie ; il semble plutôt s'agir d'incapacité à réaliser dans l'espace le modèle du mouvement. Le malade parvient difficilement à distinguer l'endroit de l'envers de ses vêtements ; parfois même, ses tentatives se terminent par l'échec. Il existe un tremblement lingual et un tremblement fibrillaire de la face, étendu aux peauciers du cou lorsque le malade ouvre la bouche, ainsi qu'un degré accentué de paratonie. Les réflexes tendineux sont vifs.

A noter, une conservation mnésique surprenante des thèmes musicaux. Par la suite, le comportement reste ainsi caractérisé : apragmatisme, conser-

vation des automatismes végétatifs jusqu'en mars-avril 1952. Le malade se contente de fumer sa pipe et ne fait rien d'autre. Il a cependant gardé la conscience de ses troubles, et peste lorsqu'il échoue dans les épreuves qu'on lui propose. Il manifeste volontiers une attitude d'opposition souriante et têtue lorsqu'on lui donne un ordre.

On note, en outre, une turbulence nocturne, de petites manifestations dépressives accompagnant la conscience des troubles. Boulimie.

En mars, l'effondrement de la courbe pondérale va commencer (44 kg., pour aboutir à 36 kg. à l'époque du décès).

En mai 1952, le malade se présente en dément profond, gâteux, grabataire, n'énonçant que quelques mots stéréotypés, opposant irréductible au lever et aux « contacts » même limités avec l'entourage. S'alimente abondamment. D'après l'avis des infirmiers, il serait moins diminué psychiquement qu'il ne paraît ; il connaîtrait bien son monde et se montrerait volontiers « roué ».

Décès le 27 septembre 1952.

AUTOPSIE : Encéphale. Examen macroscopique. — Pie-mère très fine, qui se décolortique facilement. Les circonvolutions de la région frontale et motrice sont très atrophiées. Les lobes temporaux et occipitaux le sont beaucoup moins et, à leur niveau, on ne constate pas d'anfractuosités au niveau de leurs sillons comme dans les lobes frontaux. Au niveau de l'hémisphère gauche, l'atrophie se traduit par une cupule située à la partie antérieure de la scissure de Sylvius et, de ce côté, le ventricule latéral est beaucoup plus volumineux que celui de l'hémisphère droit. Sur coupes transversales, aucune lésion localisée en dehors de l'amincissement du cortex. Pas d'athérome. L'hémisphère droit pèse 470 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe : 145 gr.

Examen microscopique. Méninges. — Pie-mère formée de fibres conjonctives dissociées et une lamelle collagène est intimement soudée au cortex. La couche interne de l'arachnoïde comprend plusieurs assises de cellules endothéliales juxtaposées. Présence de granulations calcaires. Aucune lésion vasculaire.

Cortex. — Au niveau des lobes frontaux, le bord du cortex a un aspect festonné sous la mince couche conjonctive pie-mérienne. La couche corticale a une épaisseur moitié moindre qu'à l'état normal. Les diverses couches cellulaires chevauchent les unes sur les autres. Toutes les cellules pyramidales présentent des lésions atrophiques à divers degrés. Les unes, et ce sont les plus nombreuses, ont leurs bords irréguliers et tortueux. Elles restent colorées presque uniformément par les colorants basiques et leur noyau, qui reste lui-même très hyperchromatique, se différencie à peine du corps cytoplasmique. Certaines de ces cellules sont réduites à un corps allongé, peu épais, et on note à leur intérieur des gouttelettes vacuolaires.

Au niveau des régions motrices, la lésion des cellules de Betz est toute différente de celles des autres éléments ganglionnaires ; leur corps est globuleux, presque dépourvu de prolongements protoplasmiques ; il est à peine teinté par les colorants et renferme une poussière pâle ; le noyau très réduit de volume est rejeté à la périphérie avec son nucléole bien coloré.

La satellitose est plutôt moins accusée qu'à l'état normal. Aucune apparence de neuronophagie. Tout le cortex et la substance blanche sont envahis par une prolifération des cellules névrogliques, mais la gliose prédomine dans les régions les plus profondes du cortex. Il s'agit d'astrocytes monstrueux à prolongements épais qui, parfois, se disposent en foyers.

Dans les couches traitées par les méthodes à l'argent de Bielchowsky et de Hortega, on ne note aucune cellule présentant la lésion neuro-fibrillaire d'Alzheimer. Les corps cellulaires restent incolores ; seuls les noyaux sont fortement imprégnés. Absence complète de plaques séniles. Tout le cortex est le siège d'une infiltration pseudo-œdémateuse résultant de l'atrophie de ses éléments.

Au Weigert-Pal, la dégénérescence des fibres tangentielles est accusée au niveau des diverses régions, mais elle est plus prononcée dans les lobes frontaux, où la strie de Baillarger est aussi dégénérée. La plupart des fibres de la couronne rayonnante ont un aspect moniliforme et les axes des circonvolutions sont très diminués de volume. Aucune lésion vasculaire.

Noyaux gris centraux. — Toutes les cellules sont atrophiées ; le cytoplasma prend à peine une teinte floue par les colorants basiques ; les parois des cellules paraissent déchiquetées ; les prolongements eux-mêmes, au départ du corps cellulaire, ont un aspect variqueux. Parmi ces cellules réduites de volume, on note de places en places une cellule dont le corps a un aspect globuleux presque dépourvu de prolongements protoplasmiques. Nombreuses cellules sont le siège d'une satellitose accusée. Prolifération des cellules névrogliques, dont certaines ont une forme monstrueuse. Les éléments oligodendrogliques ont un cytoplasma vacuolaire. La névroglie ne paraît pas hyperplasiée. Pas de plaques séniles. La couche épendymaire ventriculaire est normale mais repose sur une couche très dense de fibrilles névrogliques.

Couches optiques. — Les lésions sont bien moins prononcées que celles des noyaux caudés et des putamens. Les cellules des noyaux et celles du locus niger ont conservé un volume normal. La névroglie est légèrement hyperplasiée sous forme de cellules énormes, sans augmentation notable de leur nombre. On ne note ni plaques séniles, ni cellules avec lésions d'Alzheimer. Pas de satellitose. Ependyme des parois ventriculaires normal. Aucune lésion vasculaire.

Plexus choroïdes. — Aucune lésion. Présence de quelques calcosphérites.

Cervelet. — Aucune lésion méningée. Les circonvolutions paraissent légèrement diminuées de volume. Cellules névrogliques monstrueuses dans la couche moléculaire. Les cellules de Purkinge ne sont pas diminuées de nombre et sont bien garnies de granulations chromophiles. Les cellules des noyaux dentelés sont pour la plupart nettement atrophiées.

Bulbe. — Aucune dégénérescence cordonale. Les lésions des cellules des noyaux des nerfs craniens sont peu accusées ; on note simplement une excentricité du noyau dans quelques éléments. Les cellules des olives sont globuleuses et souvent vacuolaires. Présence de quelques hémorragies miliaires récentes dans le plancher du IV^e ventricule. Epithélium épendymaire normal.

Hypophyse. Lobe antérieur. — Les cellules chromophobes sont les plus nombreuses et la plupart renferment des vacuoles dans leur cytoplasma ; par places, elles sont disposées en vésicules remplies de liquide de sécrétion, d'autres plus rares de matière colloïde. Les cellules basophiles et les cellules éosinophiles sont disposées sous forme de travées ou de placards. Les cellules éosinophiles sont volumineuses, éparses au milieu des cellules chromophobes ; certaines renferment des vacuoles. Aucune lésion du lobe postérieur.

Cette observation entraîne plusieurs commentaires.

Le premier fait important a trait aux tares héréditaires puisque la mère et deux collatérales du malade ont présenté des états mentaux apparentés avec la maladie de Pick. Cette constatation, qui se retrouve dans diverses observations de maladie de Pick, paraît en faveur d'un développement anormal héréditaire du cerveau.

Le début de l'affection à l'âge de 34 ans mérite d'être relevé. On ne peut parler ici de processus sénile ou présénile. Cette précocité, qui a été déjà plusieurs fois signalée, suffit pour montrer que l'affection est indépendante de la sénilité.

Dans l'observation de notre malade, on n'observe dans ses antécédents personnels aucune maladie infectieuse, toxique ou toxi-infectieuse qui aurait pu altérer le cerveau. L'affection, comme c'est la règle dans la maladie de Pick, a débuté sans cause déterminante apparente et a été d'emblée progressive.

Si on se place au point de vue anatomo-pathologique, on note que la lésion principale et primitive consiste en l'atrophie des cellules ganglionnaires du cortex cérébral, sans altération vasculaire, sans aucune trace d'artério-sclérose cérébrale.

Cet ensemble de considérations plaide en faveur de l'opinion qui fait rentrer la maladie de Pick dans le groupe des abiotrophies cérébrales dégénératives, parfois héréditaires.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — La maladie de Pick, comme la maladie d'Alzheimer, la démence sénile pure sans athérome, comme certaines formes de démence précoce tardive, me paraît être le résultat d'une déficience originelle constitutionnelle des éléments psychiques corticaux qui ont perdu leurs caractères d'éléments perpétuels, qui n'ont pu conserver intacte leur maturité. Toutes ces affections mentales constituent le groupe des encéphaloses à forme mentale.

Mme RAGU-FREY. — Il est à remarquer que les grands-parents du sujet étaient cousins germains. Quelle valeur convient-il d'accorder à la notion de consanguinité dans ces cas, où une hérédo-dégénérescence nerveuse semble être la seule étiologie possible ?

Le rôle de ce facteur apparaît souvent au premier plan en Afrique du Nord, où les unions consanguines sont relativement fréquentes.

Dans une observation recueillie au centre Cassar, de Tunis, et portant sur une famille dont le père et la mère étaient cousins germains, les trois aînés des quatre enfants présentaient les signes de la maladie de Wilson, avec le faciès figé, la rigidité musculaire qui s'opposait à tout mouvement chez l'aîné, âgé de 12 ans, mais respectait encore partiellement les membres inférieurs chez le puîné, cependant qu'elle ralentissait seulement la marche du troisième, âgé de 8 ans, et que le dernier-né ne présentait encore aucun trouble. L'aphonie était complète chez l'aîné, et la dysarthrie installée chez le second. Aucun signe pyramidal n'était décelable.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le secrétaire général :

Paul ABÉLY.

Séance du lundi 23 mars 1953

Présidence : M. D. SANTENOISE, président

Au début de la séance, le Président souhaite la bienvenue au professeur E. KRAPE, de Buenos-Aires, venu honorer de sa présence cette réunion.

COMMUNICATIONS

**Le dessin de la famille chez l'enfant,
critères de classification,** par MM. J. CAIN et J. GOMILA (1).

Parmi les différentes méthodes d'exploration de la mentalité infantile, les tests de projection se sont révélés, sinon les plus efficaces, du moins les plus propres à exprimer le fond mental du sujet examiné. Les tests projectifs reposent tous sur un principe identique : offrir à l'enfant un matériel peu structuré et déduire le résultat de sa manière d'organiser l'objet. Le test projectif qui contient le maximum de projection est le dessin libre, où tout vient de l'enfant pour s'inscrire sur la feuille blanche ; mais on se heurte là, tant le champ de possibilités est vaste, à de grandes difficultés de classification. Le dessin à sujet imposé permet déjà de restreindre le champ de dépouillement du test et il est évident que « la famille » représente un thème particulièrement choisi. C'est ainsi que Mme Minkowska a proposé le dessin de la famille comme moyen de connaissance de l'enfant, et récemment encore M. Minkowski (2), ici-même disait : « Ce sont surtout les dessins " ma famille " qui sont instructifs à ce point de vue ; ils sont tous destinés à évoquer des situations conflictuelles. » Tous ceux qui ont utilisé ce test savent que, malgré sa simplicité apparente, il s'agit là d'une épreuve relativement complexe, où intervient toute une série de connaissances graphiques qui ne sont pas à déconsidérer ; mais, surtout, la famille représente le milieu socio-affectif de l'enfant. Demander à l'enfant de dessiner sa famille est certainement plus troublant, plus chargé d'affects que de lui demander de dessiner un arbre, une maison ou une femme se promenant sous la pluie.

Il est par ailleurs extrêmement curieux que ce test, actuellement

(1) Clinique des maladies nerveuses, Professeur Y. POURSINES, Marseille.

(2) MINKOWSKI. — Les dessins d'enfants dans l'œuvre de F. Minkowska. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1952, p. 711-712.

pourtant pratiqué par un grand nombre de spécialistes, n'ait fait le sujet que de très rares publications : à notre connaissance, dans les travaux de langue française, il n'existe que les publications de Mme Minkowska (1) et le travail récent de M. Porot (2). Ce fait est d'autant plus remarquable que, par contre, les travaux publiés sur le dessin chez l'enfant envisagé de façon générale ou dans une autre perspective particulière, sont extrêmement nombreux. Je ne ferai que rappeler ici ce que l'école de M. Heuyer a tiré du dessin en psychanalyse infantile.

Nous avons cherché, après ces auteurs, à reprendre ce test de façon moins profonde, mais plus systématique. En effet, si tous les neuro-psychiatres d'enfants utilisent ce procédé de façon courante, nous n'avons pas trouvé de travaux indiquant un essai de schématisation du dépouillement et notant les différents critères que l'on pouvait rechercher pour définir leur place dans un système de valeurs. Notre but est d'essayer de donner un plan de dépouillement de ce test.

Méthode. — 1) Les enfants qui ont subi ce test représentent un groupe assez homogène de 82 sujets, tous en traitement depuis un délai de plusieurs mois, et donc bien connus au Centre départemental de rééducation de l'enfance déficiente des Cadeneaux (Bouches-du-Rhône). Tous ces enfants, qui nous sont adressés par le service d'observation du docteur Crémieux, sont par ailleurs examinés à plusieurs points de vue : clinique, scolaire, psychique, psychotechnique (Terman, Grace Arthur, Rorschach).

L'âge moyen du groupe est de 11 ans, extrêmes : 7 ans et 16 ans. Le quotient intellectuel moyen calculé au Terman est de 75. Les types caractériels sont très variables : mais aucun de ces enfants n'est un véritable névrosé. Ils entrent tous dans le vaste groupe des petits caractériels, certains purs, d'autres aussi débiles légers. Chez tous on trouve de multiples éléments étiologiques : sociologiques, conflits familiaux, antécédents personnels ou héréditaires.

2) Le test de la famille est présenté à l'enfant de façon aussi simple que possible et différant peu des consignes données par Porot.

On donne à l'enfant un papier format rectangulaire (ce qui permet déjà de voir comment l'enfant oriente son dessin par rapport au grand ou au petit côté) et un crayon noir. On dit simplement : « Dessine ta famille sur ce papier », en s'abstenant de toute réponse précise à toute question qu'il peut poser ensuite.

Lorsque le dessin est terminé, on demande à l'enfant de nommer les personnages qu'il a dessinés. Enfin, pour la commodité du dépouillement, on note, après son départ, au dos de la feuille, la situation réelle de la famille. Il faut en effet remarquer que le mot « famille » est un terme qui demande à être précisé, du moins dans les conditions où le test est pratiqué. Sans nous étendre sur ce point, qui ne nous

(1) F. MINKOWSKA. — *De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfants*. Paris, 1949, Béresniak imprimeurs.

(2) M. POROT. — Le dessin de la famille. *Pédiatrie*, 403, 1952.

intéresse pas directement, on peut rappeler que Littré nous donne les deux définitions suivantes : 1) toutes les personnes, parentes ou non, vivant sous le même toit ; 2) ensemble des personnes d'un même sang. Larousse restreint encore la définition : la famille est représentée par le père, la mère et les enfants vivant sous le même toit. Le point de vue juridique insiste surtout sur la structure patriarcale de la famille, structure qui, depuis 1938, a vu cependant se restreindre les pouvoirs du père au profit d'une direction morale accordée à la mère.

Sur un plan empirique, et qui découle même des observations que nous avons faites au cours du test, l'enfant perçoit sa famille de trois manières : la famille telle qu'elle est (le nombre total des personnages du même sang unis ou séparés), la famille telle qu'elle est dans la maison (le nombre de personnes vivant sous le même toit), la famille telle qu'il la désire et telle qu'il la voit.

De notre côté, nous avons pris comme critère de référence la famille comme formée par les personnages de même sang ou alliés, vivant ou non sous le même toit.

Dépouillement du test. — La nécessité de chercher des critères de dépouillement s'est imposée à nous lorsque nous avons voulu prendre connaissance de tous nos dessins. Nous nous sommes trouvés devant un stock de 82 dessins et nous avons été obligés de les réunir selon des valeurs différentes.

Nous avons cependant éliminé d'emblée, du moins de notre étude actuelle, plusieurs critères se rapportant uniquement au niveau mental. Il est en effet certain que le test de la famille donne une idée aussi précise du niveau d'intelligence que le test de Goodenough, dont il n'est qu'une complication (il ne s'agit plus d'un bonhomme, mais de plusieurs), et il nous a paru inutile de reprendre ces faits parfaitement connus.

Ce qui nous a retenus, avant toute chose, c'est le dessin de la famille pris dans ce sens : « Ma famille » et « Moi dans ma famille ». En somme, l'intérêt majeur, on pourrait dire « le vécu » de ce test repose sur cette double formule. Nous envisagerons successivement les critères suivants, qui nous ont paru dominants : nombre des personnages, organisation de ces personnages, rapport fond-figure, dynamique du dessin.

1° *Nombre de personnages.* — C'est le premier critère, le plus simple, et qui spécifie la manière quantitative dont l'enfant perçoit sa famille. En comparant le chiffre exact de personnages formant le milieu familial et le nombre de personnages dessinés, on peut distinguer les ajouts et les oublis. Si les personnages ajoutés n'ont souvent qu'une importance secondaire, la qualité de ceux que l'enfant oublie revêt par contre une grande importance, et nous avons distingué l'oubli de soi-même et l'oubli d'un autre. Enfin, dans certains cas, les personnages sont représentés incomplètement ; quelques enfants ne dessinent que les têtes.

2° *Organisation de ces personnages.* — La structure même du dessin, la place occupée par chaque personnage, nous a paru être le deuxième critère fondamental. Cette structure peut elle-même être envisagée selon plusieurs aspects : d'abord l'ordre général, selon lequel les personnages sont dessinés ; ensuite les rapports entre les personnages eux-mêmes, selon qu'ils sont tous reliés (en se donnant la main, par exemple), tous séparés (et dessinés alors de façon dispersée sur le papier), ou groupés selon les critères personnels de l'enfant.

3° *Rapport fond-figure.* — A un degré de plus, nous avons isolé un troisième critère : l'existence d'un fond donné, sur lequel sont placés les personnages. Ce fond est très variable, et il peut exister toute une hiérarchie, depuis le simple trait (image d'un sol), jusqu'à la toile de fond la plus complète. Nous avons isolé trois sous-groupes : pas de fond, fond quelconque, fond maison ; ce dernier critère paraissant avoir une valeur affective toute particulière.

4° *Dynamique du dessin.* — Il s'agit là du critère le plus difficile à préciser dans certains cas, et pour lequel le coefficient de subjectivité est maximum. Par principe, nous n'avons envisagé comme dynamiques que les dessins où les personnages (en partie ou en totalité) accomplissaient un acte, de façon à limiter au maximum les possibilités d'erreurs.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont consignés dans le tableau suivant.

Nombre de personnages	Ajout				Oubli de soi	Oubli d'un autre	Têtes isolées
	31				33	45	3
Organisation des personnages	Ordre				séparés	liés	groupes
	père	mère	sujets	autres	53	13	7
	16	11	22	31			
Figure Fond	Pas de fond				Fond maison	Fonds divers	
	58				13	12	
Dynamique	Pas de dynamique nette					Dynamique nette	
	46					36	

Nous ne voulons pas donner ici d'étude statistique globale de nos résultats, le nombre d'enfants utilisés étant trop restreint pour avoir une valeur suffisante. Il est évident qu'un travail intéressant, et qui sera possible dès que nous aurons un matériel suffisant, serait de comparer les différents résultats compris dans notre tableau avec les données d'autres perspectives ; étudier, par exemple, de façon statistique, si les enfants qui ajoutent un personnage, qui s'oublie ou qui dessinent un fond particulier, ont en commun d'autres critères, mis en valeur par d'autres tests.

Nous ne voulons pas plus insister sur quelques cas particuliers ; dans les articles d'autres auteurs, nous trouvons de tels commentaires parfaitement exprimés.

Ce que nous avons voulu présenter aujourd'hui devant vous est avant tout la mise au point d'un procédé, d'une méthode de dépouillement qui permette, sur un matériel assez étendu d'abord, aussi bien que sur un élément unique ensuite, d'avoir un système d'examen et de classification du test de la famille.

DISCUSSION

M. E. MINKOWSKI. — Test affectif en premier lieu, le dessin « ma famille » pose encore conjointement d'autres problèmes. J'ai particulièrement apprécié à ce point de vue que, dans la classification proposée, M. Cain tient compte, non seulement du « quoi », mais encore du « comment », c'est-à-dire des caractères relevant de la vision formelle du monde. La connaissance de ces caractères est, elle aussi, d'une grande portée pratique. Contenu et forme viennent se rejoindre. A ce titre, le dessin « ma famille » vient s'intégrer, à côté d'autres moyens d'investigation du même ordre, dans l'examen clinique.

Une série de tumeurs cérébrales révélées par des troubles mentaux, par MM. Yves POURSIDES, Joseph ALLIEZ, Joseph ROGER et Raymond PUJOL (de Marseille) (1).

Depuis la thèse de Baruk (1926), le problème de l'aspect mental des tumeurs cérébrales a été l'occasion d'un grand nombre de publications isolées, qui ont permis d'en préciser encore certaines particularités. Robert Marty vient de consacrer à cette question une revue critique très détaillée, où ses divers aspects et les problèmes qu'ils soulèvent sont mis en lumière (*Encéphale*, n° 5, 1952). Les essais de description de syndromes mentaux plus ou moins caractéristiques d'une localisation tumorale à telle ou telle région de l'encéphale, comme les considérations pathogéniques qu'ils entraînent, restent cependant extrêmement complexes. L'un de nous avait déjà contribué à l'étude de ces problèmes, rendus délicats par la précession parfois

(1) Clinique des maladies nerveuses, Faculté de médecine de Marseille.

considérable du trouble mental sur l'état neurologique (*Thèse Classen, Marseille, 1939*).

Nous voudrions seulement insister dans cette note sur les problèmes cliniques pratiques posés par les formes mentales évolutives des tumeurs cérébrales, à l'occasion d'une série de cas récents, où une symptomatologie initialement déroutante a rendu le diagnostic et la conduite à tenir parfois difficiles.

Nous avons observé en quelques mois trois malades présentant des troubles mentaux au premier plan du tableau clinique, la tumeur cérébrale ayant été vérifiée opératoirement. Chaque fois la tumeur s'est révélée par un syndrome démentiel rapidement constitué.

OBSERVATION 1 (n° 21.036) : Affaiblissement intellectuel d'installation rapide, désintérêt, déficit mnésique, très discret syndrome pyramidal droit sans signes objectifs d'adème cérébral. Tumeur frontale gauche révélée par l'encéphalographie gazeuse.

Mme M... Catherine, 61 ans, consulte le 13 novembre 1952, amenée par sa famille pour des troubles du comportement datant d'un mois environ. Elle est devenue inactive, reste presque toujours couchée, parle peu, gémit, est insomniaque. Elle se plaint de céphalées. A certains moments, elle ne semble plus reconnaître les siens. Très désordonnée, elle ne peut plus s'occuper de rien dans son ménage. Le gâtisme apparaît rapidement. Son entourage a remarqué qu'elle avait parfois une démarche ébrieuse et que l'état a été précédé d'une période de tristesse et de dépression rapportée à des discussions que la malade aurait eues avec sa fille.

A l'examen, faciès assez inexpressif ; la malade semble indifférente mais signale cependant ses céphalées, qui seraient continues. Elle présente une légère désorientation dans le temps, mais est bien orientée dans l'espace, sait qu'elle est à l'hôpital, donne correctement son adresse. Elle est absolument incapable de faire un calcul très élémentaire. Interrogée sur ses activités et sur de petits problèmes ménagers simples, elle répond à côté, se met à rire. L'examen neurologique montre une très discrète asymétrie faciale avec côté droit plus atone et commissure labiale droite plus abaissée. Dans l'épreuve du serment et dans la manœuvre de la jambe de Barré, légère chute à droite. Réflexes rotuliens et achilléens égaux, cutané plantaire : flexion bilatérale. Epreuve de Romberg : entraînement en arrière. La tension artérielle est à 15-9. On a pratiqué quinze jours auparavant : azotémie : 0,27 ; glycémie : 1,15 ; Bordet-Wassermann : négatif. Le fond d'œil est normal.

Huit jours plus tard, elle est dans un état peu différent, avec désorientation légère, troubles mnésiques nets surtout pour la mémoire de fixation. On ne retrouve plus le syndrome pyramidal déficitaire. Le fond d'œil reste normal. On conclut à un affaiblissement intellectuel important à type surtout de déficit mnésique, sans troubles de la parole ni des gnosies ou des praxies très importants, sans indistinction droite-gauche ni alexie, mais avec très gros troubles du calcul et déficit pyramidal droit non certain. Une analyse séméiologique plus précise est difficile, étant donné l'affaiblissement intellectuel et on envisage le diagnostic d'encéphalose dégénérative probable.

L'encéphalographie gazeuse devait apporter des éléments diagnostiques très importants. Sur le cliché occiput-plaque, le ventricule gauche est invisible,

le droit en bonne place avec un carrefour un peu dilaté. Air péri-cérébral à droite, pas à gauche. Sur le cliché front-plaque, la corne sphénoïdale de droite est dilatée. A gauche, ombre allongée presque horizontale, qui paraît partir du carrefour ventriculaire et qui pourrait être une corne sphénoïdale et peut-être soulevée. Sur les deux profils on voit : une corne occipitale, un carrefour, un début de corne frontale. Il est impossible, sur les profils, de dire si l'on voit un seul ventricule ou si l'on voit les deux. Le plus net serait cependant le droit. Air dans la citerne pédonculaire ; pas d'air ailleurs à la périphérie. Le liquide céphalique recueilli montre les taux maxima de 1 gr. 42 d'albumine et 110 éléments dont 101 lymphocytes.

On envisage d'abord une tumeur frontale gauche. Mais, étant donné l'évolution et les éléments du syndrome : détérioration mentale rapide sans hypertension intra-cranienne ni œdème cérébral, sans paralysie faciale malgré le petit syndrome pyramidal droit et compte tenu des résultats de l'encéphalographie gazeuse, on situe plutôt la tumeur vers le genou du corps calleux oblitérant le trou de Monro à gauche et poussant vers le lobe frontal gauche.

L'électro-encéphalogramme confirme le diagnostic de tumeur cérébrale : « Foyer d'ondes lentes dans la région frontale antérieure gauche avec anomalies transmises de grande amplitude (delta monorythmique) en frontopolaire droit, constatations en faveur de l'existence d'une lésion frontale gauche, probablement extra-parenchymateuse, déplaçant le lobe correspondant. » (D^r H. Gastaut).

La malade est opérée le 29 novembre 1952 par le D^r Bonnal. La tumeur est sous-corticale et occupe tout le lobe frontal, que l'on résèque entièrement jusque vers la petite aile du sphénoïde. La tumeur se continue vers le corps calleux et en arrière et entoure la corne frontale du ventricule. Il s'agit d'une tumeur infiltrante ; en la découpant, on trouve un kyste bordé par une substance mucoïde siégeant sous le cortex. L'examen histologique devait montrer une image de glioblastome.

OBSERVATION 2 (n° 21.423) : *Etat confuso-démientiel d'installation rapide après un bref épisode hypertensif transitoire. Très discret déficit gauche avec stase papillaire élatée. Tumeur frontale.*

A... Antoine, 66 ans, vient consulter le 31 octobre 1952 pour des troubles psychiques précisés. Vomissements faciles après les repas, accompagnés de nausées, ayant débuté en septembre, et ayant duré quinze jours et suivis de céphalées occipitales avec irradiation frontale presque continues. Depuis, le malade est déprimé, triste, s'inquiète facilement pour les siens, a tendance à la somnolence. Etat général bon, pas d'amaigrissement. A l'hôpital, le 6 novembre 1952, A... est plus obnubilé, très peu précis dans ses réponses, ralenti, très émotif, pleurant facilement en exposant des troubles subjectifs confus. Il ne vomit plus. L'examen neurologique est pratiquement normal, sauf une pression temporale douloureuse à droite. La tension artérielle est à 16-9. Le malade se souille. On conclut alors : « Etat d'affaiblissement intellectuel rapidement installé avec céphalées, vomissements prémonitoires ayant pu faire penser à un tableau d'hypertension intra-cranienne ; obnubilation, bradypsychie, gâtisme, asthénie et amaigrissement sans signes neurologiques de localisation ».

Mais l'examen du *fond d'œil* pratiqué le lendemain montre une stase

papillaire bilatérale avec exsudats blancs et hémorragies, congestion veineuse, stase d'allure ancienne. L'examen neurologique, refait minutieusement après traitement par le sulfate de magnésie, deux jours plus tard, met en évidence une discrète parésie faciale gauche de type central et un déficit gauche net dans la manœuvre de Barré ; les rotuliens ne sont pas obtenus, il y aurait une parésie du regard vers le haut. La pression de la fosse temporale droite est nettement douloureuse.

L'électro-encéphalogramme du même jour montre un rythme de fond à 7 c./s. A droite, dans la région fronto-centro-pariétale, ondes lentes polyrythmiques ne réagissant pas à l'ouverture des yeux.

Une artériographie carotidienne droite percutanée est pratiquée : « Le siphon carotidien est écrasé et étiré. L'artère sylvienne est abaissée et l'angle d'Egas Moniz est de 20°. La cérébrale antérieure n'est pas déplacée. Sur les temps capillaro-veineux, la région frontale antérieure est peu vasculaire et semble comme bordée par une petite veine qui forme un héli-cercle à concavité antérieure. De face, il existe un énorme déplacement de la cérébrale antérieure du côté opposé. Il existe donc une tumeur frontale droite très volumineuse, occupant toute la loge frontale jusqu'à l'aplomb de l'aile du sphénoïde et dépassant largement la ligne médiane.

Intervention le 14 novembre 1952 (D^r Bonnal) : volumineuse tumeur qui occupe tout le lobe frontal droit, affleurant le cortex. Lobectomie frontale totale, mais on ne peut progresser en arrière pour faire l'ablation totale de la néoplasie à cause des centres moteurs et de la présence de la corne frontale.

Le malade est décédé huit jours plus tard par congestion pulmonaire du sommet droit.

L'examen histologique montre une prolifération astrocytaire extrêmement abondante, dont l'aspect est en faveur d'une tumeur du type astro-blastoglioblastique.

OBSERVATION 3 (n° 19.466) : *Lente évolution démentielle pendant un an. Discrète hémiparésie droite avec syndrome de Forster-Kennedy terminal. Tumeur frontale d'allure métastatique.*

Mme Bon... Micheline, 51 ans, consulte le 15 octobre 1951, pour un état d'asthénie allant jusqu'à une véritable apathie avec désintérêt de toute occupation accompagné de troubles mnésiques importants. La malade ne peut donner elle-même que peu de renseignements, mais sa sœur précise que cet état remonte à un an, qu'il y a eu, à ce moment, une période où la malade vomissait souvent puis peu à peu s'est installée une véritable prostration avec gâtisme épisodique, amaigrissement et baisse de la vision. Elle a consulté plusieurs médecins, les traitements banaux ne l'ont pas améliorée. La malade entre le 19 octobre 1951. Elle se montre très désorientée avec troubles mnésiques importants. A l'examen, signe de Babinski droit, sans troubles physiques ni dysarthrie ; la tension artérielle est à 19-11, le Bordet-Wassermann négatif, l'azotémie à 0,25.

L'exploration du fond d'œil montre à droite un léger œdème de la papille, à gauche une stase avec hémorragie. Après sulfate de magnésie intraveineux, le 24 octobre 1951, on note une légère inégalité pupillaire, une hypoesthésie de la face à droite, cornée comprise, et une hémiparésie droite de type déficit-

taire avec signe de Babinski typique à droite, moins net à gauche. Radiographie du crâne : selle turcique aplatie et élargie. A l'examen du fond d'œil, stase à gauche. La néoplasie est vraisemblable avec localisation plutôt basale, latéralisée à gauche.

L'électro-encéphalogramme du 22 octobre montre des tracés très anormaux avec rythmes de fond à 8-9 c./s. sur l'hémisphère gauche, dysrythmie thêta et delta diffuse, à laquelle se superposent des pointes-ondes lentes sporadiques de grande amplitude prédominant dans les dérivations frontales polaires et frontales moyennes.

Le caractère à la fois irritatif et dysmétabolique des anomalies et leur nature souvent transmise font supposer que la lésion gauche n'est peut-être pas parenchymateuse mais qu'elle ne fait que comprimer le lobe frontal et la prédominance médiane et antérieure des anomalies est en faveur du siège juxta-médian de la lésion. La malade est mise au sulfate de magnésie.

Le 26 octobre s'installe un syndrome de Forster-Kennedy : décoloration papillaire dans le secteur temporal œil droit avec œdème du bord nasal ; à gauche, œdème couvrant toute la papille. Le champ visuel est normal. V.O.D. : 1/20. V.O.G. : 8/10.

La malade est opérée comateuse par le professeur Paillas, après ventriculographie, qui confirme le diagnostic de tumeur frontale gauche. La dure-mère est très tendue et, ouverte, conduit sur le cerveau œdémateux et dur. La ponction permet de délimiter une masse qui occupe à un centimètre du cortex tout le lobe frontal, aire 6 comprise. Par décortication, on pratique une cheminée et on ne trouve qu'un tissu fibreux blanc ; on pense alors à un glioblastome dur et on envisage une lobectomie totale mais, en fait, il existe deux lésions. La partie antérieure du lobe contient une tumeur parfaitement limitée de la grosseur d'une mandarine et insérée sur la partie antérieure de la faux, près du bord libéré. Elle n'est cependant pas clivable et on l'enlève en bloc avec son enveloppe de tissu scléreux.

Le poids de la tumeur est de 110 grammes. Macroscopiquement, l'aspect est celui d'une métastase. La malade est soumise à un traitement radiothérapique qui l'aurait améliorée mais nous avons appris, sans l'avoir revue, qu'elle était décédée assez brusquement le 29 mai 1952.

Ces trois observations sont remarquables par l'importance et le degré de la détérioration mentale, rapidement installée. La première malade avait été amenée par les siens pour des troubles du comportement ; dans le second cas, l'allure était celle d'un affaiblissement intellectuel de type artério-scléreux, et la troisième observation concerne un déficit global persistant plus d'un an avant l'apparition des premières manifestations neurologiques. Dans ces trois tumeurs frontales, les signes de la série dementielle ont donc ouvert la scène. La tumeur cérébrale n'a fait sa preuve clinique que par la survenue des symptômes d'hypertension crânienne, mais ceux-ci ont été tardifs.

L'examen du fond d'œil en a été deux fois la première manifestation objective. La présence d'une tumeur cérébrale a été souvent beaucoup mieux précisée par le contexte que par l'examen clinique, les signes neurologiques étant souvent discrets ou difficiles à inter-

préter, ou encore, nets seulement après sulfate de magnésie intra-veineux (observations 2 et 3). C'est ainsi que la présence tumorale a été affirmée par l'artériographie (observation 2), l'encéphalographie gazeuse (observation 1), la ventriculographie (observation 3). Mais l'électro-encéphalographie a toujours été fidèle et chaque fois ses résultats ont été concordants.

Nos trois malades se présentaient comme atteints d'une affection psychiatrique : l'âge, les circonstances d'apparition des troubles inclinaient d'abord vers le diagnostic d'état démentiel d'allure banale. Nous ne saurions trop insister sur l'importance des examens complémentaires dans de tels cas en vue de dépister une étiologie tumorale.

Ces trois tumeurs cérébrales à forme psychiatrique étaient des tumeurs frontales. Par ailleurs, l'évolution fut particulièrement rapide, ce qui nous paraît en rapport avec l'extension destructrice du processus néoplasique dans cette partie de l'encéphale.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Les trois observations de tumeur cérébrale à symptomatologie mentale que M. Alliez vient de nous présenter sont intéressantes ; les troubles ont consisté dans chaque cas en un affaiblissement mental progressif et les tumeurs étaient localisées dans les lobes frontaux. Je crois que les symptômes de déficit dans de tels cas sont conditionnés, non seulement par la tumeur, mais aussi par les lésions péritumorales qui s'étendent bien au delà des limites macroscopiques du néoplasme et qui consistent, soit en gliose réactionnelle, soit en ramollissements dégénératifs, soit en petits foyers hémorragiques.

La symptomatologie des tumeurs cérébrales est très variée ; les manifestations cliniques peuvent simuler des syndromes psychotiques qui, pendant un certain temps, sont les seuls symptômes. Les sujets sont hospitalisés dans un service psychiatrique, et parfois c'est le résultat d'une ponction lombaire qui éclaire le diagnostic. Une malade que j'ai observée avec Dupouy avait présenté un syndrome dépressif à forme psychosthénique pendant dix-huit mois avant que d'autres troubles tumoraux n'apparaissent. Dans les observations que j'ai publiées, les troubles mentaux revêtaient divers syndromes tels que confusion mentale, mélancolie anxieuse, délire de persécution avec idées d'influence, hypomanie avec moria, etc... Les particularités cliniques des syndromes mentaux ne jouent qu'un rôle effacé dans le diagnostic et la localisation des néoplasmes cérébraux.

M. KRAFF (de Buenos-Aires). — signale l'importance spéciale des tumeurs de la ligne médiane, qui restent sans symptomatologie clinique. Un sujet à syndrome de paralysie générale avec atrophie optique : à l'autopsie, on trouve un méningiome. Il avait, sous l'influence de l'excitation, fait une infection ϵ . Un autre cas : tumeur du septum lucidum, syndrome d'apathie. A pu être sauvé par l'intervention.

Dans ces deux cas, il n'existait qu'un seul signe clinique : la *perte du sens olfactif*.

Etude comparée d'une série de psychopathies dans deux groupes d'immigrants étrangers, par MM. Joseph ALLIEZ et Raymond PUJOL (de Marseille).

La question des troubles mentaux chez les immigrés a suscité dans l'ensemble peu de travaux, malgré son intérêt en ce qui concerne l'importance de la sociogénèse éventuelle des perturbations psychiques chez de tels sujets. Les publications les concernant ont trait à des études effectuées dans des conditions de temps ou de milieu très variables. Nous avons voulu rechercher dans les groupes nationaux homogènes fixés dans notre région, et de standing comparable au point de vue économique et social, si certaines caractéristiques, tenant à leur origine ou à l'environnement, pouvaient être retrouvées. Nous avons choisi pour les comparer, comme constituant des ensembles assez nettement individualisés, les Arméniens d'une part et les Espagnols d'autre part, en étudiant leur comportement au cours des dernières années, à la fois dans un service d'asile et dans une consultation externe d'hôpital. Le nombre respectif des sujets habitant notre ville et son territoire appartenant à ces deux groupements est sensiblement identique pour chacun et peut être estimé à un chiffre oscillant entre 15.000 et 20.000, compte tenu des naturalisations récentes. Pour les malades consultant à l'hôpital, et atteints en principe d'affections plus légères, certains ont été ultérieurement internés ; pour des commodités statistiques, nous les avons laissés dans ce groupe de consultants libres.

Comment interpréter ces statistiques ?

Une première constatation résulte de leur comparaison avec le pourcentage d'aliénés observé dans la population de notre circonscription. Un calcul simple nous montre que, pour la moyenne d'entrées au cours des années étudiées concernant l'ensemble de la population, le taux d'admission par rapport au chiffre d'habitants est identique.

On remarquera, d'autre part, que la proportion relative de malades des deux groupes est la même, qu'il s'agisse de consultants ou de malades internés.

Sans vouloir tirer de conclusions excessives d'une statistique trop limitée, on notera aussi le peu de variations entre les diverses espèces morbides observées dans l'un et l'autre groupe ethnique, avec cependant quelques différences parfois appréciables, qu'on peut chercher à interpréter.

Les états oligophréniques sont peu fréquents dans la catégorie arménienne, et nous croyons que ces faits s'expliquent par des raisons d'ordre coutumier, l'internement de tels sujets n'étant effectuée que sous la pression de circonstances qui l'imposent absolument.

Malades internés de 1948 à 1952

Débilité mentale Oligophrénie	Confusion	Bouffées délirantes	Cyclothymie Manie Mélancolie	Etats de ressifs atypiques	Schizophrénie Démence précoce Délire paranoïde	Psychose Hallucinoïre chronique	P. G.	Démences séniles et organiques	Total
Espagnols									
7	17	5	12	3	10	3	3	3	57
Arméniens									
2	5	13	16	5	13	6		11	61
Malades consultants 1944 à 1952									
Etats dépressifs cénestopathiques	Psychasthénie Obsessions Anxiété	Mélancolie réaction- nelle ou endogène	Débilité mentale Déséquilibre psychique Troubles du caractère Ethyisme	Etats délirants Schizophrénie	Démence artério- scléreuse et sénile	Total			
Espagnols									
5	3	4	6	6		6			24
Arméniens									
4	4	6	2	6		4			26

Les syndromes confusionnels que nous rapprocherons des bouffées délirantes constituent une part importante des malades internés. Les bouffées confusionnelles authentiques et passagères dominent chez les Espagnols, tandis que les états délirants transitoires d'étiologie organique, ou difficile à préciser nettement, prédominent chez les Arméniens. Mais la distinction entre ces deux variétés est souvent peu nette en pratique et il faut retenir dans les deux groupements envisagés la fréquence relative des états aigus d'origine exogène ou indéterminée.

C'est dans ces cas atypiques que se posent les problèmes de nosographie les plus difficiles, et où nos observations ont parfois un caractère d'originalité. Par là, elles se rapprochent des états observés dans d'autres groupements, provenant, soit de provinces périphériques de la métropole, soit d'autres catégories d'étrangers. Par exemple, tel mélancolique fera à chaque crise un épisode hallucinatoire, où le délire est sous-tendu par l'activité psychosensorielle morbide. Ou encore, des délires d'interprétation riches et luxuriants, d'allure parfois paranoïde, tourneront court et se résoudront sans laisser le moindre affaiblissement.

Les états intermittents représentent une autre série importante, plus fréquente dans le groupe oriental. L'un de nous a déjà insisté sur la violence et la ténacité de certains accès maniaques chez quelques-uns de ces malades.

La schizophrénie, dans ses différentes formes, ne présente aucune caractéristique spéciale à l'un ou l'autre groupe. La psychose hallucinatoire chronique, qu'une classification extensive laisserait dans cette dernière catégorie, est cependant plus fréquente chez les Arméniens. Par contre, la paralysie générale n'y a pas été rencontrée.

Les démences, souvent turbulentes, marquent un pourcentage nettement plus élevé dans ce dernier groupe.

Les malades consultants présentent certaines particularités. Nous retrouvons dans cette statistique la même proportion de schizophrènes, le léger pourcentage supérieur pour le groupe oriental en ce qui concerne les états cyclothymiques et les états démentiels, avec par contre une plus grande fréquence des perturbations interprétées comme de nature caractérielle chez les Espagnols.

Les manifestations dépressives de la série cénestopathique ou psychasthénique ne paraissent pas très importantes en nombre sur la statistique. Réparties uniformément entre les deux groupes, elles constituent cependant une part considérable de l'activité de la consultation externe, à cause de la ténacité des symptômes et de leur polymorphisme parfois, qui en font des cas souvent rebelles à la psychothérapie ou aux autres thérapeutiques. Par là, ces états, où le psychisme est moins profondément atteint, s'avèrent à la fois plus sensibles aux conditions ambiantes dans leur conditionnement et plus particuliers dans leur présentation.

Dans quelle mesure peut-on retrouver au cours de ces états psycho-

pathiques certaines caractéristiques qui seraient liées, soit aux particularités ethniques des sujets, soit à leur qualité d'immigrants ?

L'émigration arménienne provient de la *diaspora* de 1922 ; les éléments qui la constituent, d'origine à peu près exclusivement urbaine, proviennent, soit des vilayets orientaux d'Anatolie, soit des métropoles ottomanes occidentales, comme Istambul ou Smyrne. Il s'est agi d'une immigration en masse sous la pression des événements, mais sans rupture des liens familiaux ni sociaux de la communauté. Nous avons étudié, au Congrès de Marseille, les caractéristiques biométriques de ces sujets et insisté sur leur stabilité et leur cohésion. Nos constatations actuelles confirment ces conclusions.

L'origine des immigrants espagnols est plus disparate. Le plus grand nombre provient des *latifundia* andalous, mais d'autres, plus évolués économiquement et socialement, sont de provenance catalane ou majorquine. Un certain nombre est constitué par des rescapés de la guerre civile de 1936-1939. Ici, l'émigration est plus volontiers individuelle et souvent à prédominance masculine. Ce caractère, souvent individuel, ne transparait guère dans la présentation des états psychotiques. Peut-être faut-il en rapprocher la plus grande fréquence des cas de déséquilibre ?

L'origine de la plupart des sujets appartenant à nos deux groupements n'est pas toujours un milieu très intellectualisé, mais il s'agit de sociétés traditionnellement fortement charpentées, de culture très ancienne, et qui, malgré l'apparence, n'est pas essentiellement différente de celle des autres populations riveraines de la Méditerranée, non musulmanes. Ce fait expliquerait l'absence ici, par suite des facilités d'adaptation relative, du véritable syndrome des *displaced persons*, sur lequel ont insisté les auteurs anglo-saxons.

En effet, l'étude du contenu de l'activité délirante de nos malades ne nous a jamais montré de préoccupations dominantes relatives à leur situation d'étrangers ou de naturalisés, qu'il s'agisse de délires mélancoliques ou de persécution.

Malgré la différence dans les modalités de l'immigration entre les deux groupements, les variations dans la présentation des états psychotiques ne sont pas considérables. Nos constatations confirment que le trouble de nature biologique qui est à l'origine de l'aliénation mentale est indépendant en réalité des conditions ambiantes en ce qui concerne ses caractères fondamentaux, comme y insistait Sutter lors de la discussion du rapport de Sivadon au congrès de Marseille en 1948, et les modalités de comportement pathologique en relation avec les conditions sociales et les types de civilisation sont de valeur secondaire.

Les réactions d'ordre névrotique des immigrants seraient plus liées à la sociogénèse et tiendraient, non pas tant à leur origine qu'à leur isolement ou à leur désarroi dans certaines conditions d'adaptation défectueuse.

Par là, elles se rapprochent des états morbides de même nature, mais plus marqués, observés chez les Nord-Africains musulmans, où les difficultés tenant à l'environnement psychologique et social sont en pratique majeures, et sur lesquels l'un de nous a déjà insisté.

DISCUSSION

M. G. DAUMÉZON. — 1° La statistique apportée montrant les mêmes fréquences de troubles mentaux chez les immigrants et les autochtones tient-elle compte de la répartition des âges ?

2° Je partage l'opinion de M. Alliez concernant l'identité foncière des réactions psychopathiques malgré la différence d'origine et le primat de la situation sociale d'émigré isolé dans la genèse de tableaux névrotiques à symptomatologie hypochondriaque.

L'observation de Nord-Africains, si nombreux aujourd'hui à l'admission (environ 150 par an sur 2.500 entrées d'hommes), celle des Alsaciens pendant la guerre, m'ont montré la même constance symptomatique. Des confrères omnipraticiens exerçant en Languedoc m'ont décrit des *cœnestopathies* analogues chez leurs clients espagnols émigrés du bas prolétariat local.

M. E. MINKOWSKI. — Il paraît difficile de ne pas admettre des différences ethniques dans la structure des troubles psychopathiques, cela, tant en ce qui concerne la symptomatologie que le décours des affections. Il n'est pourtant pas toujours aisé de trouver les termes appropriés pour traduire ces différences ; notre vocabulaire n'est pas toujours suffisant pour exprimer les nuances et les variétés individuelles que peuvent présenter les malades autochtones, d'autant plus lorsqu'il s'agit de groupes ethniques différents ; ce sont des facteurs qu'on « sent » plus qu'on ne peut les définir exactement. Pour ce qui est des immigrés plus particulièrement, il importe, quant à la genèse de leurs troubles, de tenir compte des conditions dans lesquelles ils ont dû émigrer, de leur situation sociale et économique, des traumatismes subis, de leur adaptabilité, etc. Parmi les émigrés, nous trouvons des individus désaxés et désadaptés, pour lesquels, en général, nos cadres habituels peuvent se montrer insuffisants.

M. H. AUBIN. — Les résultats si intéressants rapportés par M. Alliez sur des groupements relativement peu différents des nôtres, ne doivent pas faire sous-estimer l'importance des facteurs sociologiques dans la genèse des troubles mentaux. Pour avoir une idée décisive sur ce point, il faut procéder à des investigations telles que celles de Margaret Mead, de Ruth Benedict, de Kardiner dans des sociétés très isolées et de structure très particulière. Dans ces conditions, on trouve des variations considérables sur la fréquence et la forme des divers états névropathiques et psychopathiques, allant jusqu'à l'absence pratique de névroses dans tel groupe où les besoins de l'individu sont en parfaite harmonie avec l'organisation sociale. Dans tel autre, au contraire, se développeront avec prédilection des formes morbides d'agressivité, des manifestations anxieuses, etc...

Au Kenya, Carothers, observant pendant vingt ans la même population, a également trouvé des particularités remarquables : par exemple, l'absence de démence sénile artérioscléreuse — et ceci parce qu'il n'y a pas d'artério-sclérose, pas d'hypertension artérielle — conséquence de l'absence des conditions psycho-somatiques favorables au développement de cette modification biologique. Donc, les facteurs sociologiques agissent puissamment, non seulement sur la genèse des névroses et psychoses, mais encore sur la régulation de certaines fonctions biologiques.

M. J. PARAIRE. — Il n'est pas surprenant que M. Alliez ait retrouvé un « syndrome nord-africain » parmi le groupe d'Espagnols examinés. Comme il nous l'a dit, ces malades provenaient surtout de la région andalouse, qui a subi une longue occupation arabe. Il est probable que la symptomatologie n'aurait pas été la même, s'il avait suivi des Espagnols du Nord et de la côte Atlantique.

Mme RAGU-FREY. — L'intéressante communication de M. Alliez souligne l'identité de la symptomatologie chez des malades d'origine ethnique différente. Si l'on admet la notion que les psychoses et les névroses de l'adulte plongent leurs racines dans la première enfance, il est possible d'établir un rapprochement entre les constatations de M. Alliez et celles que j'ai pu faire en Afrique du Nord chez des enfants appartenant à des ethnies différentes (musulmans, latins, israélites, anglo-saxons, noirs) se trouvant au stade décrit par Luquet dans sa thèse sur le dessin de l'enfant, sous le nom de stade du modèle interne.

A ce stade, qui précède « l'âge de raison », les conflits affectifs que nous avons étudiés chez ces enfants dans leurs dessins d'après modèle, se manifestaient par les mêmes signes graphiques pour tous ces enfants, quelle que soit l'ethnie à laquelle ils appartenaient.

Cette observation confirmerait l'existence de ce fond mental humain commun sous toutes les latitudes, universel et indépendant des civilisations et dans lequel les psychoses et les névroses trouvent leur origine.

Insulinothérapie à petites doses chez 2 schizophrènes tuberculeux, par MM. P. SCHERRER, J. LECLERC et M. LATOUCHE (1).

Des publications fort nombreuses illustrent les rapports de la tuberculose pulmonaire et des syndromes mentaux, et les deux observations que nous rapportons n'ajoutent qu'une touche supplémentaire au tableau largement brossé au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1952, à Luxembourg. Cet apport modeste ne paraît pas toutefois superflu, car les observations de régression parallèle sous l'influence d'un traitement, et particulièrement de l'insulinothérapie, restent rares. H. Cénac-Thaly a rapporté au congrès un cas qui ressemble beaucoup à notre première observation.

OBSERVATION 1. — Gaston S..., âgé de 40 ans, entre le 3 février 1950 à l'hôpital psychiatrique de l'Yonne, venant de l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne. A présenté deux ans auparavant (1948) une pleurésie séro-fibrineuse avec atteinte parenchymateuse concomitante et bacilloscopie possible. Hospitalisé à Auxerre pour cette atteinte pleuro-pulmonaire. Traité par streptomycine, envoyé au sanatorium de La Grolle (Charente) dans les mois suivants.

Le 25 octobre 1949 est envoyé du sanatorium à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne, à la suite d'une tentative de suicide. A l'entrée, ce malade, qui avait toujours été d'humeur sombre aux dires de sa famille, en impose pour un mélancolique : auto-accusation, douleur morale, anxiété.

(1) Travail de l'hôpital psychiatrique de l'Yonne (Auxerre).

Huit électro-choques ont fait disparaître l'anxiété et le malade est transféré à l'hôpital psychiatrique avec un certificat qui témoigne de la transformation du syndrome : « Schizophrénie au début avec périodes d'agitation ».

A Auxerre, le 4 février 1950, nous constatons : un syndrome dépressif atypique, où dominent le ralentissement, une certaine indifférence et une attitude discordante. L'état général est médiocre : poids 63 kilos pour 1 m. 75 ; la température, d'abord voisine de 37°, oscille entre 37° et 38° à partir du 15 février. La bacilloscopie est négative. L'examen radioscopique, pratiqué au dispensaire antituberculeux (D^r Michaut), montre une zone d'ombre floue non homogène et confluyente, réalisant un aspect nuageux du tiers supérieur du poumon droit, une opacité pleurale de la base droite ; le sinus costo-diaphragmatique est bloqué.

On institue un traitement insulinothérapique à petite dose, en raison de l'état général précaire : 10 unités quotidiennes (le matin à jeun, avec sucrage une heure après) d'endopancrine, à partir du 18 février 1950. Ce traitement est poursuivi jusqu'au 25 octobre, et ne prend fin qu'en raison de l'apparition d'un ictère franc que l'on attribue au traitement.

Dès juin, le poids augmente pour atteindre en octobre 71 kg. En dépit de l'ictère qui disparaît en quinze jours, il continue à augmenter et atteindre 76 kg. 500 en mars 1951, moment de la sortie du malade. La température a présenté des périodes de normalisation et de reprise autour de 38° pour devenir et rester normale à partir du 26 août. Une petite poussée thermique épisodique (trois jours) correspondra ensuite à l'ictère.

La bacilloscopie est restée constamment négative. Les examens radioscopiques pratiqués au dispensaire montrent le 31 mai la persistance de la zone floue du sommet droit, sans allure évolutive, et le 10 octobre une bonne transparence des deux champs pulmonaires avec persistance de l'opacité pleurale de la base droite, séquelle de la pleurésie du début.

Au point de vue mental, l'amélioration est survenue très progressivement par l'éveil de l'intérêt à l'entourage, aux jeux, puis au travail et, en octobre, les symptômes tant dépressifs que discordants se sont effacés. Alors que l'indifférence affective avait fait place à la syntonie, l'annonce de sa disgrâce conjugale (sa femme est enceinte d'un amant) est supportée courageusement par le malade. Sa réaction fait la preuve de sa syntonie : il demande que l'on fasse les formalités légales afin de désavouer cette paternité. Il sort guéri en mars 1951 ; nous l'avons revu depuis lors, en bon état physique et mental.

OBSERVATION 2. — René L..., âgé de 22 ans, entre le 4 février 1948 à l'hôpital psychiatrique de l'Yonne. Il présente un état de confusion mentale avec agitation violente et réactions impulsives. Les fausses reconnaissances abondent ainsi que des idées délirantes multiples, touffues, non systématisées.

Il s'agit d'un garçon qui a vécu dans un milieu social sordide. Atteint de tuberculose pulmonaire (caverne sous-claviculaire), traité par pneumothorax gauche au dispensaire antituberculeux d'Auxerre depuis mai 1945, avec un bon résultat au début, placé deux fois dans un sanatorium, il en est retiré par sa mère, guérisseuse de bas étage, tuberculeuse elle-même, qui prétend le soigner par « des herbes ».

A l'entrée dans le service, l'état général est très médiocre (42 kg. 500). La température oscille entre 37° et 38°. La bacilloscopie est négative. Une insufflation d'entretien est pratiquée au dispensaire le 25 février 1948.

Mais l'état général reste précaire et, en raison de l'opposition du malade, qui présente un syndrome hébéphrénocatatonique confirmé, le dispensaire renonce à entretenir le pneumothorax. Le phtisiologue fait d'ailleurs un pronostic très sombre.

On entreprend de petites doses d'insuline (10 unités), que l'on poursuivra du 16 avril jusqu'au 21 juillet. La température se normalise progressivement. L'état mental s'améliore, l'intérêt reparait et une reprise spontanée de vie sociale dans le service nous incite à arrêter la cure. C'est seulement le mois suivant (août) que s'amorce la reprise du poids, qui passera de 41 à 65 kg. en décembre.

Une vérification radioscopique avait montré en juin une amélioration de l'état pulmonaire. En septembre, le poumon, revenu à la paroi, ne présente plus d'image suspecte. En 1949, le malade sort en bon état physique et mental. Il persiste seulement un certain ralentissement psychique, mais il est capable de gagner sa vie.

La première observation montre l'amélioration parallèle des troubles psychiques et de l'atteinte pulmonaire, amélioration qui semble bien liée au traitement insulinique. Le deuxième cas est moins démonstratif, l'état pulmonaire ne paraissant pas avoir correspondu dans son évolution au pronostic du phtisiologue, et cela avant que l'action de l'insuline puisse être valablement invoquée. Il n'en reste pas moins que le traitement insulinique prolongé n'a pas entraîné d'aggravation locale, bien au contraire, comme certains le craignent encore.

On peut donc utiliser, chez les tuberculeux pulmonaires, les petites doses quotidiennes d'insuline, prolongées pendant des mois sans risque, et voir au contraire l'état pulmonaire évoluer vers la guérison ou la stabilisation, tandis que l'état mental en bénéficie au premier chef.

Un cas d'encéphalite psychosique azotémique guéri par hibernation chez une césarisée, par MM. P. SCHERRER, J. LECLERC, et N. BIZE (1).

L'emploi du 4560 en psychiatrie est actuellement bien codifié dans la cure de sommeil artificiel ; il permet, d'une part, de modifier le comportement des malades agités (évitant parfois, chez des malades sous-alimentés, l'évolution vers un délire aigu), d'autre part, de négliger l'inconvénient des excitations extérieures, notamment auditives, qui obligent, dans la cure type Pavlov, à utiliser une chambre insonorisée. Selon A. Deschamps, le 4560, combiné à des doses faibles et fractionnées d'un barbiturique quelconque, engendre un sommeil physiologique durable, « potentialisé », et évite les surdosages de la cure classique de barbituriques (1).

A. Deschamps, dans sa publication du 21 juin, fait remarquer qu'elle

(1) Travail de l'hôpital psychiatrique de l'Yonne (Auxerre).

a recherché plutôt un renforcement du sommeil (association 4560 intramusculaire + amytal sodique, technique que nous employons avec le plus grand bénéfice dans notre service d'agités, ou 4560 R.P. seul, réalisant une véritable lobotomie préfrontale pharmacodynamique, S. Delay, P. Deniker et coll.), qu'une action hypothermisante.

J. Golse (2), dans une communication du 27 octobre 1952, voit dans les travaux de Laborit une solution au problème du délire aigu ; il remarque l'analogie entre l'encéphalite psychosique hyperazotémique et le syndrome d'irritation de Reilly (3) et souhaite voir appliquer l'hibernation comme méthode curative. Il présente ensuite (4) deux observations traitées par déconnection à *minima*, transfusion, réfrigération avec un succès encourageant, mais précise que, dans la plupart des cas, il faudra employer une déconnection plus poussée, pour enrayer le catabolisme protidique.

L'observation que nous vous présentons aujourd'hui, d'une malade traitée en août 1952, offre précisément l'intérêt de se rapprocher davantage, nous semble-t-il, que les observations précédentes, de la technique d'hibernation proprement chirurgicale :

OBSERVATION. — Femme de 46 ans, mère de huit enfants, sans antécédents pathologiques, césarisée le 18 août 1952 pour placenta proevia. Intervention normale, enfant vivant. Elévation de la température aux alentours de 38° au cinquième jour en dépit de 2.000.000 d'unités de pénicilline et 1 gramme de streptomycine quotidiens. En même temps, anxiété croissante avec insomnie, et agitation. On fait entrer la malade dans notre service le 27 à midi. On constate qu'il s'agit d'un syndrome d'agitation maniaque avec confusion onirique et refus total d'alimentation liquide ou solide. Forte déshydratation confirmée par les épreuves de laboratoire (hématocrite en particulier). Le 27 au soir, cette psychose puerpérale évolue vers un délire aigu. Température à 40°, agitation psychomotrice intense, grimaces de la face, anxiété hallucinatoire, accentuation de la déshydratation, refus total d'hydratation *per os*, langue rôtie, lèvres desséchées. Azotémie à 1 gr. 20. Albuminurie faible, absence de cylindrurie et d'hématies dans le culot urinaire. Donc, le tableau d'une encéphalite psychosique aiguë azotémique. A l'ouverture du pansement abdominal, nous notons une forte désunion de la plaie opératoire (la malade arrache elle-même les agrafes) et un décollement pariétal important rempli de liquide louche non fétide. Nous méchons après avoir injecté localement des antibiotiques.

La gravité de ce tableau clinique, le mauvais état de la paroi, nous font rejeter la thérapeutique par électro-choc et nous employons d'emblée divers cocktails lytiques injectés dans le tuyau de la perfusion ou dans l'ampoule de sérum ou de plasma (1).

(1) Remarquons, à propos des perfusions, l'énorme intérêt que présente l'utilisation des tubes de polythène. Un tube de 15 cm. par exemple est introduit à l'aide d'un trocard 17/10 dans une veine du pli du coude ou la saphène interne ; il permettra de perfuser un malade avec une tolérance parfaite 8 à 10 jours sans avoir à subir les multiples inconvénients des perfusions à l'aide d'une aiguille ou d'un trocard ; il évitera de perfuser les fémorales, ce qui expose parfois le malade à des hématomes du triangle de Scarpa ou à une phlébite, ce qui a été le cas chez notre malade, car nous n'avions pas alors en notre possession ce matériel qui nous a rendu grand service depuis.

Les cocktails lytiques employés ont été les suivants jusqu'au 29 au soir (phénergan 0,050, diparcol 0,250, dolosal 0,100) (phénergan, atropine, syncaïne) (sulfate de magnésie, spartéine, procaïne). Ajoutons 20 à 40 egr. de gardénal sodique intra-musculaire par jour. Les liquides perfusés comprenaient : 1.000 gr. de sérum glucosé + vitamine B1, 250 gr. de sérum salé isotonique, 500 gr. de plasma. Nous avions alors connaissance de travaux de Hamburger sur les syndromes d'hypertonie et d'hypotonie du plasma, mais notre laboratoire n'était pas en mesure de nous fournir le point cryoscopique du plasma (6) et (7).

Malgré cette thérapeutique, la température se maintient aux environs de 40°. Un toucher vaginal nous permet de soupçonner une collection purulente pelvienne profonde qui bombera dans le vagin, confirmée par une hyperleucocytose à 18.000 avec neutrophilie 87 %. Le chirurgien, appelé en consultation le 29 au soir, nous dit qu'une réintervention est inutile chez cette malade, dont la fin est proche. Le délire aigu est à son acmé, avec mouvements carphologiques. Nous mettons alors sous hibernation : 8 vessies de glace, 4560 (8) dans les perfusions à la demande (environ 200 mgr. *pro die*). Test-ovivon, syncortyl, prostigmine, médicaments anabolisants.

Nous maintenons ainsi la température rectale de la malade aux alentours de 35°. Des phénomènes encourageants apparaissent : la respiration devient lente et profonde alors qu'elle était rapide et superficielle, le teint s'améliore (en particulier, la cyanose digitale disparaît pour faire place à un lit unguéal rose), le rythme cardiaque passe de 140 à 70-90. (Nous avons utilisé avec grand profit la spartéine qui, selon Laborit et Huguénard, est peut-être un toni-cardiaque mais assurément un ganglioplégique, curarisant, hypothermisant, hypnogène, diurétique). L'azotémie est tombée à 0,30, le bilan rénal négatif. Le seul inconvénient constaté fut une bronchorrée, que Laborit met sur le compte d'un surdosage en antihistaminique. Nous pensions utiliser l'aspiration trachéale, que nous pratiquons systématiquement dans les comas barbituriques, mais l'évolution fut rapidement favorable. La diminution des divers métabolismes nous incita à réduire les liquides injectés à 1.000 gr. environ par jour.

Le 31 à 10 heures, l'abcès se fait jour par voie vaginale. Un haricot de pus fétide. A minuit, l'hibernation est stoppée et nous réchauffons en supprimant les vessies de glace et en ajoutant à la perfusion deux ampoules de laroscorbine « 500 ».

Le 1^{er} septembre au matin, la température est à 37° ; la malade boit abondamment, mange des fruits, et toute excitation psychique est disparue, faisant place à une asthénie intense avec amnésie recouvrant le séjour dans le service. A midi, nous notons des signes de phlébite de la fémorale droite (fémorale qui a été cathétérisée pendant l'hibernation). Nous instituons un traitement à la liquémine, 600 mgr. par jour sous contrôle du test de tolérance à l'héparine. Le chirurgien revoit cette malade dans l'après-midi et, surpris de l'heureux changement survenu dans l'évolution, demande à vérifier le soir même, dans son service, l'abcès pelvien ; il est amené, vu l'étendue des dégâts anatomiques, à faire une cystostomie, et la malade restera apyrétique et en parfait état psychique durant son séjour en chirurgie puis sa convalescence à l'hôpital psychiatrique.

Un mois après, à la fermeture de la cystostomie : rechute, même mélange d'éléments maniaques et d'éléments confuso-oniriques, mais le tableau est

moins grave. La déshydratation peu importante, la température aux environs de 37°8, 38°5. Une cure de somnifène n'amène aucune sédation. Trois électro-chocs donnent alors une rémission parfaite.

Nous disons rémission, car nous avons revu cette malade le 19 novembre avec le même syndrome, mais atténué, et cette fois l'auscultation révéla un bloc pulmonique avec nombreux crépitants du champ pulmonaire moyen droit et température à 39°6, 39°8. Cinq jours à 1 million d'unités de bronchocilline et 3 électro-chocs permirent à cette malade de sortir du service.

Voici donc une malade qui a présenté une psychose puerpérale post-opératoire, ayant évolué, comme il arrive parfois, vers le syndrome grave d'encéphalite psychosique hyperthermique et hyperazotémique. Les cocktails lytiques n'ont pas empêché l'installation, puis l'aggravation du syndrome toxique avec précoma. L'hibernation a permis au chirurgien d'intervenir après son premier refus et de reprendre cette malade en salle commune à l'hôpital général. Il est intéressant de noter que les deux rechutes sous une forme mineure correspondent, l'une à la fermeture de la cystostomie, l'autre à une pneumonie droite.

La thérapeutique des délires aigus, de l'encéphalite psychosique azotémique, en particulier, tirera certainement profit de l'extension de cette méthode ; une exception cependant, semble-t-il, le délirium tremens, où le 4560 risque de potentialiser les effets nocifs de l'alcool.

Depuis cette observation, nous avons eu l'occasion de pratiquer plusieurs autres hibernations. Nous nous proposons d'en rapporter ultérieurement à la Société, ce qui nous en paraîtra significatif. Le dépouillement des observations parues un peu partout, et l'observation d'un certain nombre de cas dans les services de chirurgie voisins, nous incitent à penser que cette méthode, qui peut être extrêmement précieuse, reste d'un maniement très délicat et ne doit avoir en psychiatrie que des indications limitées.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. A. DESCHAMP : Hibernation artificielle en psychiatrie. *Presse médicale*, 21 juin 1952. — 2. J. GOLSE : Encéphalite psychosique hyperazotémique et hypercatabolique azoté. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1952, p. 538. — 3. G. et C. TARDIEU : *Système neuro-végétatif*, Masson, 1948. — 4. J. GOLSE : Le traitement du délire aigu par l'hibernation. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1952, p. 531. — 5. LABORIT et HUGUENARD : Technique actuelle de l'hibernation artificielle. *Presse médicale*, 25 octobre 1952. — 6. HAMBURGER, MATHÉ, COURNOT et DUHAMEL : Syndromes de dystonie osmotique du plasma. *Semaine des hôpitaux*, 10 octobre 1950. — 7. H. ADAM et J. GOLSE : Réhydratation du délire aigu et de l'encéphalite hyperazotémique, sous contrôle de la pression osmotique du plasma. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1952, p. 727. — 8. LABORIT et ALLAUME : Un nouveau stabilisateur végétatif, le 4560 R.P. *Presse médicale*, 13 février 1952.

DISCUSSION

M. P. DENIKER. — souligne l'intérêt de cette communication pour la discrimination d'une série de techniques d'actualité utilisant des moyens différents mais souvent confondus dans leur dénomination : « cures de sommeil » avec ou sans recours au « potentialisateur », hibernothérapies par

diverses méthodes, avec ou sans réfrigération. Il rappelle qu'avec M. Delay il a rapporté dès mai 1952 les résultats intéressants d'une technique d'hibernothérapie basée sur l'emploi de la chlorophénothiazine seule.

Ensuite, Mlle Deschamps a publié les résultats remarquables obtenus avec une méthode qui se rapproche plus de la cure de sommeil pratiquée par Brisset et Gachkel que de l'hibernation complète de Laborit. L'observation de M. Scherrer est la première observation d'hibernation complète publiée en psychiatrie. Elle comporte entre autres un fait remarquable : l'inactivité des « cocktails lytiques » ne comportant pas de chlorophénothiazine et l'effet spectaculaire de l'application de cette drogue associée à la réfrigération. Quelle est la part de l'agent chimique et du moyen physique dans la guérison ? C'est difficile à dire. MM. Delay et Deniker ont toujours obtenu la réduction des psychoses aiguës hyperazotémiques par l'hibernothérapie pharmacodynamique simple, encore qu'ils aient eu l'occasion d'intervenir avant que l'azotémie ait dépassé un gramme. Ils avaient d'ailleurs laissé prévoir qu'une indication majeure de l'hibernation complète en psychiatrie serait le grand délire aigu.

Toxicomanie récidivante depuis 18 ans sur fonds de perversité et de troubles caractériels. Lobotomie. Guérison maintenue depuis trois ans, par MM. A. BROUSSEAU, Anh NGUYEN et Guy MARTINAT.

OBSERVATION. — Au début de décembre 1949, Marguerite-Maria A... était à nouveau dirigée sur notre service d'aliénés difficiles de l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Nous la connaissions bien. Agée de 36 ans, elle prit dès la dix-septième année des habitudes toxicomaniaques. Elle abusait alors des facilités que pouvait lui procurer la profession de son premier mari, médecin militaire. Elle eut recours surtout à la morphine, puis aux somnifères. Plus tard, elle employa le dolosal.

Depuis ce moment, sa vie fut dominée par la nécessité de se procurer de la drogue. Son humeur, son caractère s'altèrent. Déjà elle se livre à des réactions bruyantes, spectaculaires ou malignes. Bientôt divorcée, l'excès de ses dépenses pour se procurer de la drogue détermine la famille à prendre des mesures conservatrices. Elle est pourvue en 1939 d'un conseil judiciaire.

Vers la même époque, elle subit une néphrectomie pour lithias compliquée de colibacillose, et acquiert ainsi un prétexte de qualité à ses demandes de drogue. En 1943 elle est condamnée (par défaut) pour abus de confiance.

Elle se remarie avec un homme de trente ans plus âgé, dévoué, longuement abusé, inlassablement attaché à secourir sa femme, qui passe d'une maison de santé dans une autre, et finit par être internée neuf fois au cours des cinq dernières années. Ces placements étaient en général motivés par des épisodes d'agitation anxieuse, ou violemment cynique, s'accompagnant de menaces de suicide, de menaces de mort à l'égard du mari.

En 1947, elle se passe des aiguilles à reprendre à travers la paroi abdominale. Sans doute a-t-elle dépassé son objet, mais elle se fait ainsi des perforations intestinales, qui entraînent une laparotomie. Elle multiplie les scènes, les scandales, se trousse devant une gérante d'hôtel, se masturbe devant la bonne, épuise son mari par ses exigences sexuelles (sauf lors-

qu'elle use de dolosal, dit-il). Capricieuse, fausse, prodigue, autoritaire, habile, simulant des crises néphrétiques pour obtenir une injection de morphine (ce qui fut déjoué dans notre service) ; elle proteste, invective ou se complaît à une ironie désinvolte.

A peine est-elle internée que le mari, oubliant les longs tourments dont sa correspondance témoigne, se dépense en démarches, fait intervenir de mille façons, voire même en portant plainte contre le médecin, pour retrouver une vie conjugale incessamment traversée d'éclats spectaculaires, de violences et de crises convulsives, où l'abus de dolosal introduit la seule note sincère.

Tour à tour exaltée, anxieuse ou déprimée, il arrive qu'on l'interne pour ivresse barbiturique (1948). Dix semaines après, elle est remise en liberté.

A peine sortie, elle s'injecte jusqu'à dix ampoules de dolosal par jour. Il faut la réinternier au bout de quinze jours. Elle est ramenée dans notre service. Le mari met tout en œuvre pour qu'elle n'y demeure pas. Un expert, qu'il nous dépêche de son propre chef, délivre une consultation concluant à la non-aliénation, à l'intimidabilité et à une cure hydrominérale.

Un collègue veut bien l'accepter dans un service voisin. Ce huitième internement dure un an.

Dix-huit jours après elle nous revient, par la voie de l'infirmerie psychiatrique. Désespérée de n'avoir pas résisté plus de dix jours à son appétence toxicomaniacale, elle implore que l'on mette en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique. Elle sait que certains de nos malades ont pu, grâce à une lobotomie, reprendre une existence normale, et supplie qu'on l'y soumette.

Nous lui faisons observer que ce type d'intervention neuro-chirurgicale n'a encore été que très rarement pratiqué contre cette sorte d'anomalie des appétits, et qu'aucune garantie de succès ne peut lui être donnée. Le mari insiste à son tour.

Sur notre proposition, le professeur Puech veut bien pratiquer une section sous-corticale bilatérale. Il découvre une méningite séreuse diffuse et surtout une importante hypervascularisation veineuse bilatérale.

L'intervention se passe sans incident, de même que la période post-opératoire. Dix jours après elle réintègre le service. D'abord très satisfaite, elle demeure pendant un mois difficile, récriminante, et paraît anormalement sensible au bruit. Mais elle n'a plus besoin de somnifères. Son sommeil est excellent. Elle s'apaise, devient très sociable, apprécie de façon très sensée ses excès passés, et le mieux-être présent. Elle redoute de sortir. Lors de la dernière période menstruelle, elle n'éprouve plus l'excitation coutumière. Nous la confions au mari le 23 mars 1950.

Tourmentée par une obésité post-opératoire, elle s'efforce de maigrir, essaie du maxiton, dort mal. Son mari la fait entrer pendant cinq semaines dans le service du Dr Chatagnon à Maison-Blanche. Elle avait aussi présenté des crises convulsives, dont il reconnut le caractère hystérique. Elle n'en a jamais plus manifesté. Elle sort le 3 juillet 1950.

Depuis ce temps, soit depuis 32 mois, elle a repris dans son ménage une existence des plus normales. Intelligente, active, d'un caractère toujours aussi vif, parfois caustique, elle n'a plus ces flambées de malignité qui la rendaient, sans motif connu, si désagréable à son entourage. Les périodes menstruelles ne s'accompagnent plus d'exaltation caractérielle ni de fugues.

Elle n'a plus cet excès de besoins érotiques qui la tourmentait. Elle-même s'en félicite.

En juillet 1951, elle se plaint de prendre du poids. Pendant quelques mois, elle eut un appétit certainement excessif. La faim la faisait, la nuit, se relever pour manger. La soif était augmentée. Elle buvait deux litres d'eau par jour. Puis son appétit et sa soif diminuent. Elle maigrit et se stabilise à tous égards. Depuis l'intervention, elle n'a jamais plus recours aux laxatifs.

Mme A... considère qu'il lui fallut une année environ pour atteindre cette stabilisation psychique et physique dont elle se réjouit.

En octobre 1952, elle fait un avortement précédé de plusieurs hémorragies et suivi d'un curettage. Elle paraît sincèrement affectée de cet échec de maternité. Elle vient souvent nous rendre visite, exposant posément les difficultés d'ordre matériel et psychologique survenues avec son père. Nous avons vu les lettres de celui-ci. Elles sont d'un ton souvent désagréable. On conçoit qu'il lui soit difficile de se rendre à l'évidence après une si longue période de justes alarmes.

Notre assistante sociale, fort détestée avant l'opération, est si bien accueillie qu'on la prie à déjeuner. Le mari nous exprime à plusieurs reprises sa reconnaissance. Il remarque les efforts par lesquels elle domine peu à peu la vivacité de ses réactions caractérielles.

En somme, chez une toxicomane invétérée, de plus en plus incapable de vivre hors d'un hôpital psychiatrique, et tenue pour incurable, amoral, perverse, cynique et fausse, sujette à de graves réactions caractérielles, empreintes de malignité, une section sous-corticale bilatérale a mis en évidence une méningite séreuse diffuse et d'importantes anomalies par excès de la circulation veineuse préfrontale.

Les résultats psychologiques sont excellents : conservation parfaite des fonctions intellectuelles, intégrité de la formule caractérielle, sans plus d'éclats ni de malignité, retour d'une conscience morale que l'on supposait abolie, disparition de l'appétence pathologique pour les toxiques (morphine, dolosal) et pour les hypnotiques. Exercice normal de la sexualité, dépouillée des exigences d'un érotisme sans frein. Sociabilité excellente, activité ménagère et professionnelle.

Du point de vue physique : retour quasi-immédiat d'un sommeil normal ; disparition d'une constipation habituelle ; perturbation temporaire de la faim et de la soif, entraînant une obésité qui fait place, au bout de quelques mois, à une maigreur relative et qui demeure.

La stabilisation physique et psychologique s'est opérée en une année au plus, établissant notre ex-malade à un niveau de sociabilité et d'efficacité des plus normales, qu'elle n'avait jamais connu depuis dix-huit ans au moins.

La lobotomie remonte à plus de trois ans. La guérison pratique se maintient depuis deux ans et demi.

**Essai d'interprétation de l'action
des injections intracérébrales, par M. Paul ABÉLY.**

Il y aura bientôt deux ans qu'avec P. Guyot je présentais devant la Société médico-psychologique nos premiers essais inédits de thérapeutique biologique intracérébrale non mutilante.

Aujourd'hui, il m'est agréable de vous apporter, non le bilan de vingt-quatre mois d'injections intracérébrales, de celui de nos succès, de nos améliorations ou de nos échecs (car ce sera là l'objet d'un travail d'ensemble, que nous publierons tous les deux bientôt, et en particulier au prochain congrès de Pau), mais le résultat de mes recherches personnelles, tendant à expliquer le mode d'action de cette nouvelle méthode thérapeutique. Déjà, dans un mémoire paru dans le numéro des *Annales médico-psychologiques* de novembre 1952, j'avais ébauché le plan de ces recherches. Je les ai depuis, sinon terminées, tout au moins suffisamment complétées pour vous en donner les premiers résultats, qui me semblent intéressants. Je dois avouer qu'aucune des explications avancées par les psycho-chirurgiens pour faire comprendre l'effet des lobotomies ou des topectomies sur les psychoses fonctionnelles ne m'avaient satisfait, pas plus que celles de leurs tentatives de psycho-chirurgie sélective. Enfin, et surtout, le fait que nous obtenions des résultats voisins, mais avec une technique qui n'est *strictement, ni mutilante, ni sclérosante, pas même dilacérante*, me donnait à penser qu'il y avait cependant à un certain moment un processus physiologique proche, sinon commun. C'est à l'éclaircissement de ce problème que je me suis attaché depuis quelques mois.

Il est bien entendu que je ne veux parler que des psychoses dites fonctionnelles, et que j'élimine naturellement tout traitement des douleurs irréductibles (qui semblent relever en effet de la neuro-chirurgie), ni des états organiques ou épileptiques. Je me limite aux états de douleur morale, d'anxiété, d'angoisse, d'hyper- ou d'hypothymie et de dissociation de type schizophrénique ou délirant. D'ailleurs, pour être plus sûr de mes affirmations, je ne m'en rapporte qu'aux seules interventions pratiquées dans mon service de Sainte-Anne, car je n'utilise, depuis le début de mes recherches (peut-être avec une monotonie un peu lassante, mais combien instructive), qu'une technique toujours identique, que quelques médicaments très limités (sérum glucosé isotonique, manganochlorure d'acétylcholine en solution aqueuse, tartrate de phényl-1-amino-2-propane-dextrogyre en solution faible et diluée, enfin, plus rarement, la novocaïne à 1 %).

Je puis aujourd'hui affirmer que les critiques qu'on avait pu nous adresser : dilacération ou nécrose, sont sans fondement. Il s'agit, en fait, d'une action plus complexe, faite de plusieurs éléments : effets directs sur le système neuro-végétatif, effets sur l'hydrodynamique cérébrale, effets réactionnels sur les espaces sous-arachnoïdiens, réac-

tions de choc diencéphalo-hypophyso-cortico-surrénalien, enfin, parfois, petit œdème cérébral transitoire.

Dans cette communication présente, je me limiterai aux trois premières réactions, me réservant de publier un peu plus tard, quand elles seront terminées, mes recherches sur les modifications de l'éosinophilie sanguine, du test de Thorn et de celui à l'adrénaline.

1° *Action sur les espaces sous-arachnoïdiens.* — Le mélange du liquide injecté est d'autant moins dilacérant qu'il est de l'ordre de 3 centimètres cubes à 5 centimètres cubes au maximum, et que sur ce chiffre il s'en perd un tiers au moins en surface par le reflux à l'extérieur à travers l'aiguille, qu'un autre tiers au moins, par le jeu d'élasticité du cerveau, remonte et s'étale dans les espaces sous-arachnoïdiens, et que le dernier tiers (vraisemblablement le plus faible) va lui-même suivre une voie de diffusion parenchymateuse interstitielle dans un sens descendant et latéro-interne, pour arriver à la corne frontale du ventricule latéral et traverser l'épendyme. Si bien que, localement, comme l'a montré le contrôle animal, il ne reste à peu près rien du liquide injecté au lieu d'injection. Pour en arriver à de pareilles affirmations, il m'a fallu naturellement m'entourer de contrôles rigoureux. Pour cela, je me suis adressé au contrôle par les colorants.

Dans ce but, j'injectais dans le centre ovale, selon la technique habituelle, et à 4 centimètres de profondeur, une solution de 5 centimètres cubes diluée au vingt-cinquième dans du sérum glucosé isotonique, de colorant vital de bleu 536 Jeigy, ou bleu d'Evans. Connaissant le degré de coloration au départ, je pouvais à peu près en conclure quelle était la quantité diffusée dans telle ou telle direction, selon la teinte terminale de coloration dans chaque cas. Le reflux à travers l'aiguille venait colorer une partie du cuir chevelu d'une teinte à peu près identique à celle du mélange.

En revanche, une ponction lombaire, pratiquée trois heures après chez le sujet ainsi injecté, donnait un liquide céphalo-rachidien bleu, mais dont l'intensité de coloration (compte tenu du trajet parcouru et de la quantité de diffusion dans le liquide céphalo-rachidien) permettait d'estimer qu'un tiers environ de la solution avait pris cette voie.

Enfin, quand, chez un autre sujet, également identiquement injecté, je retirais, trois heures après, par trépano-ponction de la corne frontale ventriculaire, un liquide également bleuté, à peu près dans les mêmes proportions (très légèrement en moins), que le liquide céphalo-rachidien recueilli par voie lombaire, il m'était aussi possible de penser qu'une quantité avoisinant le dernier tiers avait suivi ce nouveau trajet.

Une semaine plus tard, une pneumo-encéphalographie complémentaire permettait de recueillir un liquide céphalo-rachidien dont l'analyse montrait une intense lymphocytose (selon les sujets, j'ai retrouvé

des chiffres oscillant entre 40 et 400 lymphocytes, et par la suite le résultat de l'intervention apparaissait comme d'autant plus favorable que la lymphocytose était plus marquée). Il s'agit là d'une forte réaction des espaces sous-arachnoïdiens à l'irruption d'un liquide étranger, créant une sorte de petite méningite aseptique lymphocytaire et quelquefois même séreuse, comme le faisait estimer la tension du liquide céphalo-rachidien prise à l'appareil de Claude.

2° *Action sur les ventricules cérébraux.* — Si la diffusion à travers les espaces sous-arachnoïdiens apparaissait comme prévisible et explicable, il n'en était pas de même pour celle à travers l'épendyme de la corne frontale du ventricule voisin. De grosses manifestations végétatives : modifications pupillaires, parfois, intense coloration du visage, des sueurs profuses, enfin des crises épileptiformes d'apparition tardive et toujours identique dans le temps (trois à quatre heures après) (que nous constatâmes dans le début de nos essais, quand nous utilisions des solutions acides ou vitaminées, et qui ont totalement disparu depuis que nous avons renoncé à ces substances et que, dans notre solution, nous mettons toujours une dose légère d'acétylcholine), m'en donnaient cependant l'intuition. Encore fallait-il le démontrer. Aussi, c'est avec quelque émotion que j'attendais le résultat du contrôle. Grâce au petit trocart (imaginé par P. Guyot), dont le diamètre extérieur est égal à la lumière du canal osseux créé par le foret, dont la longueur est de 12 mm., et dont l'extrémité ne dépasse pas la table interne de l'os, dans lequel enfin on glisse une aiguille bien calibrée, on peut, en saisissant ce foret dans une pince de Kocher, modifier légèrement l'inclinaison de l'aiguille.

Si le petit trou de trépan a été pratiqué à 2 cm. de la ligne médiane, et si l'aiguille mousse peut pénétrer jusqu'à 5 cm. de profondeur, il est aisé, selon l'inclinaison donnée au trocart, d'atteindre, ou la corne frontale, ou le centre ovale. Enfin, le trocart, muni d'un mandrin, débarrassé de son aiguille, peut être laissé en place pendant plusieurs heures sous pansement, sans inconvénient pour le malade. C'est grâce à ce dispositif, qu'après avoir injecté le colorant dans le centre ovale du sujet, j'ai pu recueillir, trois heures après, un liquide ventriculaire coloré en bleu. La démonstration était donc faite que la solution colorée avait diffusé dans le ventricule en suivant une marche descendante et latéro-interne. Un seuil osmotique avait été favorisé. L'existence d'un courant interstitiel, à travers le parenchyme, apparaissait comme probable. Enfin, le degré de coloration permettait d'apprécier que la quantité du liquide ainsi transitée était assez voisine de celle passée dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Je crois pouvoir dire qu'il s'agit là d'une constatation importante, car elle permet de donner à la technique, et surtout aux substances employées (air, oxygène ou liquides), une orientation nouvelle et rationnelle,

3° *Action sur l'hydrodynamique cérébro-méningée.* — Grâce à la technique que je viens d'indiquer pour la ponction de la corne ventriculaire, on comprend qu'il est facile de constater l'état d'hyper- ou d'hypotension de cette même corne ventriculaire. Le manomètre de Stookey, que j'ai utilisé alors, fonctionne aussi parfaitement que dans une ventriculographie ordinaire. Il m'a été ainsi donné de contrôler l'état de tension du ventricule et les indications thérapeutiques qui en découlent (mécaniques et médicamenteuses), ainsi que les modifications après l'intervention. Sans vouloir m'étendre sur ces contrôles, encore trop modestes dans leur nombre, il m'apparaît cependant que souvent, dans les états dépressifs, il y a une tendance à une légère hypotension et que c'est l'inverse dans beaucoup d'états d'excitation.

4° *Action de choc et contre-choc.* — Celle-ci fera l'objet d'une prochaine publication. Lorsqu'elle se montre évidente, elle doit être obligatoirement exaltée, complétée par une pneumo-encéphalographie six jours plus tard, et quelques jours encore après par trois électrochocs (un électrochoc quotidien). Chaque étape fortifie et fixe un peu mieux les bons résultats. C'est souvent seulement à la fin de l'ensemble de la thérapeutique qu'on assiste à la guérison complète.

Les pages qui me sont imparties et le temps qui m'est ici accordé m'empêchent de développer aujourd'hui toutes les conséquences pratiques que m'inspirent ces constatations biologiques. Mais j'espère avoir déjà franchi une étape importante en ayant éclairé, en partie, le problème de la diffusion du liquide et de l'action thérapeutique.

De ces considérations, il apparaît maintenant qu'entre la *psychochirurgie classique et la méthode des injections intracérébrales* existent d'énormes différences, et que seuls se retrouvent quelques points communs, portant vraisemblablement sur les modifications de l'hydrodynamique cérébrale et sur certains phénomènes de chocs, déjà bien étudiés par MM. Gros, Minvielle et Vlahovitch, dans un mémoire paru aux *Annales médico-psychologiques* (numéro de mai 1952).

Sur quelques incidents de la cure de sommeil au chlorhydrate de chloro 3 (Diméthylamino-3'-propyl)-10-phenthiazine, par MM. P.-A. BENSOUSSAN et F. KLEIN.

L'application à la thérapeutique psychiatrique des principes de Pavlov sur les circuits combinés intervenant dans les régulations somato- et viscéro-corticales, a suscité de nombreux et récents travaux, parmi lesquels ceux du P^r J. Delay et de ses collaborateurs occupent une place de choix.

C'est surtout la cure de sommeil qui a fait l'objet de la plupart des recherches. Elle a été employée avec des indications qui sont vite apparues d'autant plus larges que l'emploi de nouveaux médicaments de synthèse en permettait une réalisation plus aisée.

Après qu'on ait pu essayer plusieurs amines dérivées de la phénothiazine, on fait en général appel actuellement, pour réaliser la cure de sommeil, au chlorhydrate de chloro 3 (diméthylamino-3'-propyl)-10-phénothiazine. Ce corps, désigné sous la nomenclature 4560 R.P., pouvant être utilisé, soit sous forme d'ampoules injectables à 50 mgr., soit de comprimés de 25 mgr. pour la voie buccale.

Sans vouloir revenir ici sur les propriétés pharmacodynamiques du 4560 R.P., rappelons seulement que ce corps se comporte à la fois comme un vagolytique et un sympatolytique, comme un spasmolytique et un sédatif.

Mais, dans nos essais cliniques, c'est surtout aux propriétés potentialisatrices du 4560 R.P. que nous avons fait appel dans le but de nous permettre de diminuer les doses des autres médicaments employés pour réaliser un sommeil suffisant par sa profondeur et sa durée.

Mais alors que l'expérimentation montre qu'aux doses moyennes le 4560 R.P. n'entraîne aucun trouble du rythme cardiaque et qu'il exerce même un pouvoir antifibrillatoire et régulateur, et qu'il se comporte d'autre part comme un analeptique respiratoire et un sup-néique, nous avons pu relever dans son utilisation clinique quelques incidents cardio-vasculaires et respiratoires que nous rapportons ici.

Selon les cas, nous avons employé le 4560 R.P., soit seul, soit en associations diverses : parfois uniquement avec des dérivés barbituriques, parfois avec des associations plus complexes : barbituriques, amines de la phénothiazine, novocaïne (pour augmenter la tolérance des tissus aux injections), etc.

Nous nous sommes efforcés de ne pas appliquer de posologie standard, mais nous avons cherché dans tous les cas à adapter étroitement les doses aux sensibilités et aux tolérances individuelles. Dans tous les cas, également, nous avons pratiqué avant le début du traitement des examens électro-cardiographiques et radiographiques de l'appareil respiratoire. Tous les malades étaient soumis à un alitement strict, avec surveillance minutieuse de la tension artérielle, de la température, des rythmes cardiaque et respiratoire, de la diurèse, etc.

Voici les incidents enregistrés :

OBSERVATION 1. — Mme M..., 54 ans, mélancolie d'involution. Tension artérielle, 13-6 ; rares extra-systoles ventriculaires. Première injection de 4560 R.P. seul, 25 mgr. (intra-musculaire) ; deuxième injection, même dose, six heures après. Baisse tensionnelle rapide, augmentation de fréquence des extra-systoles, installation dès la 3^e heure d'un état dyspnéique angoissant. Arrêt du traitement.

OBSERVATION 2. — Mme C..., 25 ans. Episode maniaque chez une malade cyclothymique. Intégrité cardiovasculaire et respiratoire. Doses quotidiennes en début du traitement : 150 mgr. de 4560 R.P. (intra-musculaire), association barbiturique (gardénal 0 gr. 30). A partir du 4^e jour, installation

d'une tachycardie importante et permanente avec paroxysmes, de tendances lypothymiques avec collapsus tensionnels. Réduction progressive des doses de 4560 R.P. à 75, puis 50, puis 25 mgr., mais qui n'enraye pas ces phénomènes. Arrêt du traitement au 8^e jour.

OBSERVATION 3. — Mlle D..., 20 ans. Episode mélancolique. Intégrité cardio-vasculaire et respiratoire. Doses initiales 4560 R.P. : 150 mgr. (intra-musculaire), association barbiturique. Dès le 2^e jour, apparition de la tachycardie, instabilité tensionnelle. Puis à partir du 4^e jour, devant la persistance de la tachycardie et l'installation d'une dyspnée angoissante, réduction à 75 puis à 50 mgr., qui se révèle insuffisante pour enrayer les troubles. Arrêt du traitement au 8^e jour.

OBSERVATION 4. — Mme E..., 28 ans, dépression réactionnelle. Intégrité cardio-vasculaire et respiratoire. Doses initiales très faibles de 4560 R.P. : 35 mgr. (intra-musculaire). Association barbiturique. Apparition rapide d'une tachycardie, relativement bien tolérée mais accompagnée d'une dyspnée, qui s'accroît considérablement avec agitation anxieuse. Arrêt du traitement au 4^e jour.

OBSERVATION 5. — Mlle B..., 19 ans. Syndrome schizophrénique. Intégrité cardio-vasculaire et respiratoire. Dose initiale de 4560 R.P. : 75 mgr. (comprimés), association barbiturique (gardénal 0 gr. 30). Dès le 2^e jour, apparition de la tachycardie. Petits collapsus tensionnels répétés. A partir du 3^e jour, installation progressive d'une grande dyspnée angoissante. Diminution rapide des doses de 4560 R.P. : 10 puis 25 mgr. (comprimés), qui ne suffit pas à amender les troubles ; arrêt du traitement au 10^e jour.

OBSERVATION 6. — Mme V..., 48 ans. Mélancolie d'involution. Intégrité cardio-vasculaire et respiratoire. Dose initiale 4560 R.P. : 75 mgr. (comprimés), association : 3277 R.P., 2987 R.P. et iso-amyl-orthyl-malonylurée (0 gr. 30). Apparition au 3^e jour d'une tachycardie et d'une dyspnée progressivement croissantes, qui ne cèdent pas à la réduction de la posologie et imposent l'arrêt du traitement au 12^e jour.

On voit que le caractère commun de ces observations réside dans l'apparition rapide chez ces six malades, malgré une posologie initiale souvent faible et la variabilité des associations, d'incidents cardio-vasculaires et respiratoires, suffisant à imposer par leur intensité, soit l'arrêt du traitement, soit une diminution telle de la posologie qu'il devient alors impossible d'entretenir un sommeil satisfaisant.

Si nous avons cru bon de les rapporter, c'est pour insister en conclusion sur les différences de tolérance individuelle, les difficultés à fixer une posologie standard, l'impérieuse nécessité d'une surveillance constante et minutieuse de ces malades, qui seule peut permettre, par le dépistage précoce des complications, d'adapter la posologie ou même de modifier le cours du traitement.

DISCUSSION

M. P. DENIKER. — Quant aux rapports entre les théories pavloviennes et la méthode d'hibernothérapie qu'il a décrite avec M. Delay, il renvoie à la discussion qui a eu lieu lors du Centenaire de la Société.

En ce qui concerne les incidents rapportés par les auteurs, M. Deniker demande sur quel nombre de malades traités ces incidents ont été relevés. La tachycardie et l'hypotension artérielle sont très fréquemment observées dans les cures utilisant la chlorophénothiazine (4560 R.P.), et cela a été depuis longtemps signalé. Par contre, sur les centaines de malades traités à la clinique depuis plus d'un an grâce à cette drogue, on n'a jamais observé de dyspnée en rapport avec son action. Tout au plus a-t-on pu noter des réactions d'anxiété (et parfois d'anxiété respiratoire) chez les névropathes traités en service libre à l'occasion des manifestations neuro-végétatives qu'entraîne l'action du neuroléptique.

Ces manifestations cèdent toujours par psychothérapie. Elles ne s'observent pratiquement d'ailleurs que dans les services libres d'où proviennent les malades de MM. Bensoussan et Klein.

(M. Paraire rappelle qu'avec M. Laborit, ils ont traité de nombreux malades par le 4560 R.P. au Val-de-Grâce depuis 1951. La tachycardie et l'hypotension ont été fréquemment notées, mais jamais aucun accident dyspnéique n'a été remarqué).

Psychothérapie et ergothérapie simultanées entre deux malades : un éthylique et un catatonique, par MM. M. SCHWEICH, P. MARGAT et Cl. FORZY.

Introduction. — Cet exposé s'inscrit dans la série des travaux consacrés par nous (1) comme par d'autres au délicat problème de la psychothérapie des schizophrènes et participe à sa complexité, tant du point de vue théorique que du point de vue pratique. Ce présent travail met en outre en valeur la réciprocité de l'effet thérapeutique, laquelle entre aussi dans un cadre général.

I. OBSERVATION DES MALADES. — Le malade S... Paul, 17 ans 1/2, entre dans le service le 9 mars 1951 avec les troubles suivants : excitation psychomotrice, sentiments violents manifestés à l'égard de ses parents, principalement de sa mère, idées délirantes multiples, flou de la pensée, sentiment d'influence, hallucinations auditives.

L'ambulance qui l'a amené, dit-il, doit sauter ; ses amis de la brigade criminelle la détruiront avec un rayon atomique. Il peut donner des ordres à distance, au moyen d'un instrument qu'il a fabriqué (morceau d'os muni à son extrémité d'un couvercle de boîte à cirage). Il déclare encore être sûr de lui et de sa puissance. Il accuse par instants son père d'être un criminel. Il travaillait dernièrement en usine lorsqu'il se sauva et se rendit au poste de police. Importance de la dissociation.

(1) E. MARTIMOR, M. SCHWEICH et P. KOEHLIN. — Un cas de schizophrénie. Effets d'un traitement psychothérapique. *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 5, décembre 1949, p. 559-62. — M. SCHWEICH. — La psychothérapie des schizophrènes. A propos d'un cas clinique, aperçu général du problème. *L'Encéphale*, janvier 1953 (pour la bibliographie, consulter cet article). — P. MARGAT. — Vers l'application d'une méthode psychothérapique à la schizophrénie (essai sur trois cas). *Thèse méd.*, Paris, 1952. — M. SCHWEICH, P. MARGAT et Cl. FORZY. — Vers une psychothérapie des schizophrènes. *L'évolution psychiatrique*, 1953.

Crises de larmes et indifférence affective. Discordances. Passe du rire immotivé à la tristesse. Parasitisme mimique marqué. Examen neurologique négatif.

Certificat immédiat du Dr Monnerot (10-3-1951). — Excitation psychique délirante : il est chef de la police du Vésinet, a une bague réceptrice avec laquelle il capte des messages en morse. Reçoit et donne des ordres. Excitation verbale. Réponses à côté. Onirisme probable, hallucinations auditives certaines. Prise de la pensée. Haine morbide et thèmes belliqueux. Hallucinations cénesthésiques. Appoint maniaque. Un placement antérieur à Ville-Evrard, où il a été traité par électro-chocs et insuline. Lèvres fuligineuses. Langue saburrale. Schizophrénie possible. A observer et à traiter.

Le certificat de quinzaine du Dr Monnerot confirme le diagnostic.

Ce malade a déjà été hospitalisé, début 1949 (à 15 ans 1/2), à Ville-Evrard, service des enfants du Dr Rondepierre, où le diagnostic de schizophrénie est porté, comme en témoigne le certificat suivant :

Certificat de situation (13-3-1949). — Schizophrène entré dans un état d'excitation hypomaniaque. Incohérence des propos. Agitation. A subi sans succès 31 comas insuliniques. — Signé : Dr RONDEPIERRE.

Dans le service, le malade présentait un « état d'agitation incohérente », s'alimentant peu, exprimant un délire de persécution flou et non systématisé ; « incohérence du langage » ; « réactions affectives discordantes ».

Electro-chocs et cure de Sakel « sans succès ». Il est intéressant de noter que c'est seulement quelque temps « après » ces cures que le malade s'améliora et put être rendu à ses parents. Pendant l'hospitalisation, on nota la carence de la visite des parents.

On a très peu de renseignements sur les antécédents personnels du malade, et en particulier sur sa petite enfance : sa mère n'ayant pas répondu à nos convocations et n'étant jamais venue le voir pendant les onze mois passés à Prémontré. Son père nous dit seulement qu'étant jeune Paul « aimait la solitude ; il n'aimait pas jouer avec ses petits camarades ». De plus, il eut un choc affectif à l'âge de 14 ans, à la mort de sa petite sœur. C'est à partir de cette période que ses parents ont commencé à le trouver bizarre.

Comportement et traitements jusqu'en septembre. — Le malade est assez agité, sale, il donne des coups dans sa porte, retire ses vêtements, s'alimente peu. Une série de 5 électro-chocs est faite du 16 au 25 mars. Un abcès de fixation dans la première semaine d'avril. Une série de 10 gr. de nucléinate est effectuée durant le mois d'avril. Une deuxième série de 6 chocs est effectuée en mai. Toutes ces thérapeutiques sont totalement inefficaces. A la subexcitation avec impulsions du début, fait suite une *inertie progressive*, durant les mois d'été.

Le parasitisme mimique s'exagère. Les barrages deviennent mutisme. Le malade s'alimente de moins en moins et, en août et septembre, on a le tableau caractéristique du *catatonique grabataire* : complètement inerte dans son lit, sans aucune motricité volontaire, conservant les attitudes imprimées, le visage immobile et inexpressif. Absence de parole même sur des incitations réitérées. « Gâtisme » total des urines et des selles. Aucune alimentation spontanée, il faut le faire manger, encore n'accepte-t-il que très peu de nourriture. Amaigrissement considérable.

C'est alors qu'arrive l'autre malade, que nous appellerons Jean M...

Entrée de notre second malade le 25 septembre. — Ce malade entre pour un accès confuso-onirique avec agitation d'éthylisme chronique. Il fait des

aveux d'intempérance. Il raconte lui-même la période « aiguë » qu'il vient de traverser, au cours de laquelle il a présenté des hallucinations visuelles, qu'il critique. Un tremblement assez fort est noté.

Un traitement de désintoxication habituel fut institué : bévitrine, strychnine, extrait hépatique. Il nous faut cependant préciser certains points du tableau clinique du malade, du reste très classique.

Rien que par son aspect, Jean nous révèle qu'il est « brave », contact facile et souple ; à l'entrée, il y avait une note euphorique, qui n'est en fait pas excessive ; les infirmiers ont constaté dans les premiers jours qui ont suivi son hospitalisation une légère tendance dépressive, qui disparut dès qu'il trouva l'activité dont il avait besoin. Nous voulons aussi insister sur le fait que la personnalité de Jean n'a pas la structure rigide avec l'agressivité latente qu'offre toute une catégorie d'éthyliques qui, malgré leur jovialité apparente, laissent apparaître des tendances paranoïaques ou tout au moins une « structure délirante ». Jean n'avait présenté qu'un syndrome confuso-onirique sans ébauche de délire de persécution ou de jalousie. Il fit preuve au contraire, dans le service, d'un dynamisme souple, calme et « sans histoires ».

D'autre part, nous avons noté dans les certificats un certain déficit intellectuel. C'était une erreur due à la persistance pendant deux ou trois semaines d'une subconfusion légère. L'intelligence de Jean s'est révélée au contraire ensuite tout à fait intacte, sans aucun ralentissement ; son adaptabilité avec une grande vivacité à des problèmes changeants était remarquable, comme nous allons le voir.

II. L'EXPÉRIENCE THÉRAPIQUE. AMÉLIORATION DES DEUX CAS. — Jean, dès les premiers jours, commence à s'intéresser à son voisin. Il s'en occupe bientôt entièrement. Il lui donne à manger, avec douceur et insistance. Il lui parle avec gentillesse, ne s'arrêtant pas à l'absence de réponse du début. Au bout d'une huitaine, Paul cesse d'être gâteux. Il commence à mieux accepter la nourriture ; il se laisse nourrir bientôt abondamment. Son inertie diminue et bientôt répond par quelques mots à ce que lui dit Jean.

Celui-ci le fait alors se lever, le prend par la main et lui fait faire des pas dans les couloirs. Ses pas s'affermissent et bientôt on a le spectacle extraordinaire de Paul suivant docilement par la main Jean, qui le fait marcher à vive allure et de façon réitérée d'un bout à l'autre du long couloir.

L'affectivité de Paul s'éveille mais, en fonction de la présence de Jean, est entièrement dirigée sur lui. Il parle de mieux en mieux, mais seulement avec Jean M... ; en même temps s'estompent, pour disparaître, les principaux symptômes catatoniques : la conservation des attitudes, le parasitisme mimique et les discordances mimiques.

Notre rôle à ce moment-là a été de reconnaître la situation, de l'expliquer aux infirmiers ; ceux-ci n'ont du reste fait preuve d'aucune réaction de jalousie. Nous avons favorisé cette psychothérapie en fournissant les moyens à Jean de la mener à bien, mais sans nous y immiscer et en ayant soin de ne pas imposer notre présence au thérapeute.

Il peut, au bout de quelques semaines, emmener Paul dans le jardin du pavillon et lui fait arracher de l'herbe. Ce travail simple exige de Jean quinze jours d'efforts pour que Paul puisse l'effectuer correctement. Un peu perdu, Paul fait ce que Jean lui indique. Son geste se précise ensuite et s'assouplit et il arrache l'herbe correctement. Après ces quinze jours, Paul commence à pouvoir manger seul, d'abord en présence de Jean et en même temps que lui, avec ses encouragements, puis tout seul. Jean lui apprend à

balayer, Paul s'éduque difficilement à cette besogne plus délicate que les précédentes ; il calque ses gestes sur ceux de Jean et arrive à balayer seul au bout de quinze jours. Jusque-là, Paul n'a parlé qu'avec Jean ; maintenant, il échange quelques mots avec les infirmiers, son langage se précise. Tous les symptômes de catatonie ont maintenant complètement disparu.

Après un mois et demi, Paul va avec Jean au jardin exécuter des actes plus délicats : bêcher, pousser la brouette, etc... ; en dix jours, il se sert correctement de la brouette et exécute avec elle ce qui lui est demandé. Le dixième jour, il se rend seul, sans que Jean l'accompagne, au jardin. Son comportement devient de plus en plus autonome et actif et en même temps extraverti. Il parle spontanément avec ses camarades de jeu et avec les infirmiers. Il fait preuve d'initiative.

Avec Jean M..., son attitude se transforme, il devient une individualité à côté de lui (et comme lui). Il joue avec Jean et se comporte de façon très espiègle. Il cache le mouchoir de Jean, ce dernier se prête au jeu et cherche...

Paul est devenu autonome ; son comportement tout à fait normal, il travaille très bien au jardin. Il fait preuve d'un caractère très gai et vif. Il est très actif, mais « calme » (comme Jean). Jean, de son côté, tout entier à son travail de psychothérapeute, montre la plus entière satisfaction. Il est sorti plusieurs fois au village et n'a jamais bu. Il n'a pas été nécessaire de lui appliquer les méthodes de « déconditionnement ». Il va sans dire que les signes physiques et psychiques d'intoxication avaient entièrement disparu depuis longtemps lorsqu'il est sorti au bout de quatre mois d'hospitalisation (19 janvier 1952). Paul s'est bien accommodé de ce départ ; tout à fait normal, il a continué à travailler jusqu'à sa sortie un mois plus tard (17 février 1952).

Résultats ultérieurs. — Jean, originaire de Bretagne, est retourné dans son pays ; il nous a envoyé des nouvelles de sa main, il allait bien.

Paul est allé habiter chez son père, qui a fait une opposition plus ou moins déclarée à son placement dans un centre d'apprentissage ainsi qu'à la continuation d'une psychothérapie en ambulatoire. Il travaille comme cantonnier. Nous l'avons cependant revu deux ou trois fois en six mois ; il était tout à fait normal, sans l'ombre d'une dissociation. Son père se plaignait seulement qu'il voulût repeindre la maison et qu'il aimât « gâcher du ciment » dans le jardin.

III. INTERPRÉTATIONS. — Nous voulons garder à cet exposé toute sa simplicité. Rien de mieux que la propre opinion de Jean ne pourra faire comprendre la signification de la psychothérapie appliquée à un schizophrène catatonique.

Quelque temps avant son départ, nous avons eu avec Jean une entrevue au cours de laquelle il nous décrit ce qu'il a fait : « Eh bien, nous dit-il avec un large sourire, *je l'ai pris... et je lui ai donné la becquetée... comme un petit bébé* », et en même temps il fait le geste d'avoir un nourrisson dans les bras. « *Je lui ai appris à manger, et puis je lui ai appris à marcher.* » Il manifeste ses sentiments positifs et sa joie : « Il va bien le petit ! », nous dit-il avec fierté et en prenant à témoin les infirmiers qui approuvent. « Il s'est mis à jouer, il me taquinait, des fois il venait par derrière, il me tirait par mon pantalon. — Et qu'est-ce que vous faisiez alors ? — Rien, je le laissais faire. »

Cette compréhension du problème de la psychothérapie des schizophrènes par cet être fruste prend une valeur particulière. Loin de plaider pour un obscurantisme parfois prôné, nous rapportons ici une compréhension directe et parfaitement consciente du problème par un sujet qui n'est pas gêné par une culture souvent faussement rationaliste.

Dans son langage, il a parfaitement compris que le schizophrène catatonique, — abandonné par sa mère aux premiers stades —, a besoin d'une mère qui lui fournit l'affectivité et la nourriture, *sur le plan oral primaire des premiers mois de la vie*, affectivité dont il a besoin pour développer les bases instinctivo-affectives de sa personnalité. Il a compris que les besoins du schizophrène catatonique se situent d'emblée sur le plan archaïque d'oralité primaire et doivent être ainsi réalisés. C'est en fonction de la mère que l'être apprend à accomplir les étapes, effectuer les points essentiels de la psychomotricité : manger, parler, marcher, etc..., et qu'il en acquiert en lui le goût, la tendance. Il a aussi compris qu'en se développant l'activité devient de plus en plus autonome et que se manifestent de l'agressivité d'abord *orale* ; oralité secondaire contemporaine du sevrage et des dents (« manger de la chair ») qui s'exprime fantasmatiquement sur la mère introjectée et qui se réalise sur le monde extérieur. A partir de ce moment, la « mère-thérapeute » doit devenir plus neutre, adopter l'attitude du laisser-faire encourageant.

La séance avec Jean nous révèle aussi que la psychothérapie ne va pas sans des sentiments affectifs positifs, — correspondants aux besoins du malade —, de la part du thérapeute. Ce témoignage est aussi singulièrement encourageant par la façon dont il se superpose à ce que nous connaissions déjà par nous-même et par les travaux de Mme Sechehaye et de Rosen.

Si l'on fait l'analyse de l'expérience vécue par Jean, on se rend compte qu'en étant la mère qui nourrit (affectivement et effectivement) son « bébé » il a pu combler lui-même les carences orales qu'on sait être à la base de l'éthylisme, en trouvant une image de bonne mère qu'il réalise lui-même, et en s'identifiant à l'enfant qu'il satisfait. L'expérience n'a pas été celle de « l'aveugle et du paralytique », dont les éléments composants restent ce qu'ils sont dans un tout viable, mais une transformation des deux parties, le thérapeute y trouvant aussi son compte.

Cette expérience vécue n'a été possible que dans le cadre de l'hôpital psychiatrique. Notre rôle a été en effet de fournir à l'éthylique une atmosphère de « sécurité affective » indispensable à sa récupération, où il a pu faire dans une certaine mesure une régression utile. Il a été de fournir aux deux malades le terrain propice à leur expérience en créant auprès des infirmiers un climat favorable.

Nous nous sommes gardé de toute immixtion dans leur expérience vécue, ce qui, en créant des liens affectifs trop précis, par exemple entre Jean et nous-même, aurait pu affaiblir ceux qui l'unissaient à

Paul, et nuire à leur *transfert réciproque*. Nous avons agi auprès des infirmiers pour que soient fournies aux deux malades les conditions matérielles nécessaires à l'expérience, au moment opportun.

Nous avons procédé à notre entrevue avec Jean à la fin seulement de la cure, elle a eu pour but, entre autres choses, de lui permettre de liquider sa culpabilité envers nous en ce qui concerne son activité, et de *fixer verbalement la situation transférentielle vécue par lui*, ce qu'il fit au delà de toute espérance. Après cette extériorisation, qui s'adressait à nous-même mais aussi au personnel infirmier, il ne nous restait qu'à lui donner notre approbation de la façon la plus simple.

Après son départ, pendant le mois qui suivit, nous contactâmes aussi plus directement Paul, en ayant du reste une attitude de bienveillance assez neutre, qui convenait au stade affectif où il en était arrivé.

Conclusion. — L'intérêt de cette expérience de *psychothérapie simultanée* est très grand ; elle montre d'une part qu'on peut utiliser en milieu hospitalier l'activité psychothérapique des sujets bien doués, que ce soient des infirmiers ou des malades. Elle souligne d'autre part la réciprocité de l'effet thérapeutique. Ceux-ci en tirent eux-mêmes un immense bénéfice.

Cette expérience nous confirme aussi l'importance, en matière de psychothérapie des schizophrènes, des phénomènes de transfert et de contre-transfert positifs du psychothérapeute sur son malade, phénomènes que nous avons signalés ailleurs.

Election de cinq membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. G. HEUYER, au nom d'une commission composée de MM. G. HEUYER, X. ABÉLY et P. ABÉLY, est élu *membre correspondant national* : M. R. LEROY (de Saint-Mandé), par 20 voix sur 20 votants.

Après lecture du rapport de M. G. DAUMÉZON, au nom d'une commission composée de MM. G. DAUMÉZON, L. LE GUILLANT et P. SIVADON, est élu *membre correspondant national* : M. J. BENOISTON (de Quimper), par 20 voix sur 20 votants.

Après lecture du rapport de M. P. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. P. ABÉLY, P. BEAUSSART et P. CHATAGNON, est élu *membre national correspondant* : M. M. RANCOULE (de Nice), par 20 voix sur 20 votants.

Après lecture du rapport de M. M. BERGERON, au nom d'une commission composée de MM. M. BERGERON, X. ABÉLY et P. ABÉLY, est élu *membre correspondant* : M. P. BORENSTEIN (de Ravenel), par 19 voix sur 20 votants.

Après lecture du rapport de M. E. MARTIMOR, au nom d'une commission composée de MM. E. MARTIMOR, P. CHATAGNON et P. ABÉLY, est élu *membre correspondant national* : M. M. SCHWEICH (de Prémontre), par 19 voix sur 20 votants.

Séance levée à 18 heures 15.

Le secrétaire des séances :

P. SIVADON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 8 janvier 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

Cysticercose cérébrale ; aspects cliniques et possibilités thérapeutiques, par M. E. TOLOSA.

L'auteur a observé de nombreux cas de cysticercose qu'il groupe suivant quatre types cliniques : cysticercose disséminée dans les hémisphères ; cysticercose de la base ; forme diffuse des hémisphères et de la base ; forme localisée ventriculaire. Intervention chirurgicale indiquée : simple décompression dans les formes diffuses, intervention curatrice dans les formes ventriculaires. Seules les formes de la base échappent à tout traitement.

Gliomes des ventricules latéraux, par M. E. TOLOSA.

Cinq cas de gliomes des ventricules latéraux chirurgicalement extirpables et n'ayant pas donné lieu à des récidives au bout de plusieurs années. L'auteur estime qu'il s'agit d'une forme primitivement localisée intéressante à dépister précocement avant sa diffusion secondaire.

La représentation corticale sensitive de la tête et du cou. Renseignements apportés par l'étude d'un méningiome de la convexité, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, J.-A. CHAVANY, B. PERTUISET et G. LOBEL.

A l'occasion d'une crise d'épilepsie sensitive de topographie très particulière, les auteurs ont pu confirmer les résultats obtenus par W. Penfield et ajoutent des rectifications topographiques.

Le larmolement prandial unilatéral, complication de la paralysie faciale périphérique (syndrome des larmes de crocodile), par MM. Th. ALAJOUANINE et J. NICK.

Six semaines après une paralysie faciale traumatique par fracture du rocher, les auteurs ont observé un larmolement survenant au moment des repas. Ce larmolement est déclenché par l'incitation gustative et non pas par la mastication. Ils soulignent que c'est une complication rare de la paralysie faciale qui, contrairement à ce que l'on observe d'habitude, semble évoluer chez ce malade vers la régression. Au point de vue mécanisme, il s'agit d'une fausse route, soit physiologique, soit anatomique, qui dévie l'influx nerveux vers les fibres sécrétoires que le facial envoie aux glandes lacrymales. La thérapeutique par alcoolisation du ganglion sphéno-palatinal reste peu active.

Les poussées évolutives d'origine vasculaire des adénomes hypophysaires, par MM. J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUES et H. MONGES.

Au cours d'adénomes hypophysaires, les auteurs ont observé de nombreux cas d'hémorragie se présentant de trois façons : soit latente, découverte d'intervention, mais souvent les signes endocriniens sont apparus rapidement ; soit sous la forme d'hémorragie méningée, l'apparition de signes méningés chez un sujet porteur d'un adénome étant une indication à l'intervention d'urgence ; soit hémorragie entraînant des signes neurologiques (état de mal comitial, hémiplégie, perte de conscience), ces signes survenant chez un sujet porteur d'une symptomatologie hypophysaire sont une indication à intervenir. Ces hémorragies peuvent être spontanées ou déclenchées par l'injection d'hormone ou par la radiothérapie.

Sur une observation de paralysie périodique de Westphal, avec étude génétique d'une famille de 7 malades, par M. Ch. BRISSET.

Observation de paralysie périodique typique, chez un homme de 27 ans, apparue à l'âge de 20 ans. Une étude génétique a montré que l'affection était capable de sauter deux générations et de se transmettre récessivement par les femmes indemnes.

Influence de la grossesse sur les poussées évolutives de la sclérose en plaques, par MM. R.-A. SCHWOB, E. FOUCQUIER et M^{me} J. PERROT.

Trois observations de sclérose en plaques non modifiées par la grossesse. A cette occasion, les auteurs rappellent les travaux faits sur ce sujet et principalement les études statistiques du Suédois Ragnar Müller, qui tendent à prouver que l'évolution de la sclérose en plaques n'est pas modifiée par la grossesse.

Discarthroses cervicales et syndromes médullaires associés,
par MM. J. GUILLAUME et J.-P. CARON.

Chez des malades porteurs de discarthroses cervicales, paraplégies lentement progressives évoquant souvent la sclérose en plaques. Malgré l'absence

de modifications du liquide céphalo-rachidien, d'arrêt net du lipiodol et de blocage manométrique, les auteurs sont intervenus ; ils ont rompu des adhérences arachnoidiennes et ont trouvé une moelle hyperhémique avec veines dilatées ; ils n'ont pas pratiqué d'ablation des ostéophytes. Dans la moitié des cas, amélioration clinique, qui conseille d'étendre les indications opératoires.

Paraplégies progressives spéciales d'origine vertébrale sans arachnoïdite, ni compression (atrophie spinale segmentaire), par M. J.-A. **BARRÉ.**

Dix-sept cas de malades ayant présenté des paraplégies progressives sans lésions osseuses radiologiques. Un arrêt lipiodolé dans la région cervicale ou dorsale conduit à une laminectomie qui ne montre pas de tumeur mais un état d'atrophie segmentaire de la moelle. La laminectomie, par un mécanisme imprécis, a entraîné une amélioration remarquable. L'auteur estime qu'il s'agit là d'une vaso-constriction réflexe permanente peut-être d'origine vertébrale, dont la suppression entraîne la régression des signes neurologiques.

Société française de psychologie

Séance du 3 novembre 1951

Président : M. ZAZZO

Les dyslexies d'évolution. Problèmes théoriques et pratiques de neuro-psychiatrie infantile, par M. J. DE AJURIAGUERRA.

La lecture, apprentissage des formules abstraites, ne rentre dans le cadre du concret que par l'enrichissement du langage oral antérieurement acquis. Les troubles du langage joueront un rôle capital dans la genèse des dyslexies. Organisée sur un plan linguistique temporo-spatial, la lecture en tant que phénomène perceptivo-gnosique se déroule dans un « champ spatial rétréci et planifié » ayant des caractères propres. Les troubles spatio-temporels qu'on retrouve dans les dyslexies peuvent être, soit primitifs, soit secondaires aux troubles du langage. Ils peuvent parfois ne se manifester que dans l'activité perceptivo-gnosique qu'est la lecture.

L'apprentissage de la lecture est une forme particulière d'apprentissage, c'est un rétrécissement des relations de langage déjà possibles. Les relations interpersonnelles, les relations affectives que cet apprentissage implique ne sont pas du même type que celles de l'apprentissage du langage oral. Lors-

qu'on examine un enfant atteint de troubles de la lecture, ces différents facteurs se présentent presque toujours conjointement désorganisés, les uns comme « figure », les autres comme « fond ». Mais aucune déficience n'est sans importance lorsqu'on aborde la rééducation.

L'apprentissage de la lecture est, dans notre société actuelle, l'aboutissement d'une maturation progressive, organisation temporelle importante ; la désorganisation de certains de ces facteurs peut être néfaste à des moments donnés de cette évolution, « moments féconds de désorganisation » et avoir une moindre importance à d'autres moments. En tant que forme globale perceptivo-gnoso-linguistique, des formes faiblement désadaptées à un moment donné peuvent être dépassées, prenant de nouvelles formes d'adaptation sociale utilisables. Les dépassements peuvent se manifester de nouveau en tant que désorganisation dans les nouvelles formes graphiques (dysorthographe).

Les particularités individuelles de l'aphasie et les alexies de l'adulte répondent non seulement à des types lésionnels différents mais aussi aux primitives organisations perceptivo-gnoso-linguistiques. L'étude de l'organisation alexique et les dyslexies d'évolution permettront ainsi de mieux comprendre le problème de l'aphasie dans son ensemble.

Les troubles du langage dans la dyslexie et la dysorthographe, par M^{me} BOREL-MAISONNY.

Les troubles du langage ont été examinés chez 120 sujets de la Consultation de l'hôpital Henri-Rousselle (D^r de Ajuriaguerra). Il n'y a pas de frontière entre la dyslexie et la dysorthographe. Le sujet commence par ne pouvoir lire ; ensuite il n'arrive pas à orthographier correctement. Sur les 120 cas examinés, 53 étaient seulement dyslexiques et 67 déjà dysorthographiques. L'auteur distingue les troubles de l'articulation ou erreurs motrices des troubles de la parole relatifs au schéma du mot. Les troubles du langage sont liés à la fonction ordonnatrice et portent sur la compréhension et la réalisation linguistique (conception des sémantèmes et morphèmes, des catégories grammaticales et de l'ordre syntactique). Des tests spéciaux permettent d'apprécier le niveau linguistique.

Les sujets ont été classés en quatre groupes : ceux qui ont parlé tard et mal ; ceux qui ont parlé à l'âge normal mais mal ; ceux qui ont parlé tard mais bien ; ceux qui n'ont parlé ni tard ni mal. En conclusion de cet examen, à de rares exceptions près, existent, chez les dyslexiques et les dysorthographiques, des carences perceptives qui se manifestent par des troubles de la parole et du langage.

Le problème de l'organisation spatiale dans les dyslexies d'évolution, par M^{me} GALIFRET-GRANJON.

Le problème étant tout d'abord replacé dans le plan d'ensemble que nécessite l'étude psychologique des troubles de l'apprentissage de la lecture, le plan d'étude suit en réalité les différents niveaux de l'organisation fonctionnelle : partant des mécanismes sensori-moteurs de base (vision, audition, motricité articulatoire, oculaire, manuelle), il aboutit, au delà de l'organisation perceptive de l'espace et du temps, à l'étude des conduites symbo-

liques. Les différents conditionnements associatifs nécessaires à l'apprentissage ne se feront qu'en fonction de sollicitations affectives favorables. Les troubles pourront donc être aussi variés que les aspects psychologiques en cause dans l'apprentissage ; en outre, dans l'évolution de l'enfant, tout est en liaison dynamique réciproque, et l'organisation d'ensemble des structures fonctionnelles en train de s'établir, peut être transformée par l'apparition, à un moment donné, du développement d'une difficulté même apparemment limitée à un domaine.

L'étude expérimentale qui a été conduite sur un groupe d'une centaine d'enfants dyslexico-dysorthographiques de 7 à 13 ans, et sur un groupe contrôle d'une centaine d'enfants des écoles, a eu pour but d'étudier les activités où intervient l'organisation de l'espace : orientation, structuration spatiale. Les tests ne font qu'opérer un constat des possibilités actuelles des enfants examinés et, pour être interprétés, les résultats différentiels doivent être réintégrés dans une perspective beaucoup plus générale.

Problèmes psycho-pédagogiques posés par les dyslexies d'évolution, par M. SIMON.

Les problèmes posés au psycho-pédagogue débordent le cadre des dyslexies. L'auteur distingue : *a*) le problème social posé par les enfants qui échouent dans l'apprentissage de la lecture et *b*) le problème psycho-pédagogique. Le problème social n'est pas traité dans cette communication. L'importance du problème psycho-pédagogique est révélée par des % d'échecs variant de 6 % à 30 % (exemple : sur 173 enfants, 17 % d'échecs, dont 6 1/2 % ne peuvent être expliqués par le niveau mental insuffisant ou par l'absentéisme). Les échecs ne peuvent être compris que dans la mesure où les procédés d'acquisition utilisés par l'enfant et les facteurs psychologiques qui les sous-tendent sont connus. A cet égard, il est nécessaire d'étudier, sur des enfants normaux, la valeur des hypothèses résultant de l'étude de cas pathologiques. Pour étudier la valeur des hypothèses, 73 enfants de Paris et de Lyon ont subi, en 1949-1950, une batterie de tests comportant des épreuves de niveau mental, de structuration spatiale et temporelle, d'orientation, de connaissance du schéma corporel, de lecture. L'étude statistique des résultats met en évidence l'importance du niveau mental, de la connaissance du schéma corporel, de la structuration spatio-temporelle ; statistiquement, la dominance latérale ne semble pas avoir de rôle.

Parmi les problèmes posés par ces résultats, on doit se demander : 1° à quel niveau de l'acte lexique se situe l'échec des débilés mentaux ? 2° quel est le rôle de la structuration spatiale ? 3° quel est le rôle des facteurs temporels, d'orientation et de connaissance du schéma corporel ? Et si l'analyse statistique permet de mettre en évidence des processus psychologiques, ce n'est que l'étude individuelle qui permettra d'être renseigné sur les modalités d'adaptation des écoliers à l'apprentissage de la lecture.

Les études de psycho-pédagogie de l'enfant normal et celles de psychopathologie des dyslexiques se complètent et doivent permettre de mieux comprendre la psychologie de l'acte lexique et celle du jeune lecteur.

Séance du 1^{er} décembre 1951

Président : M. GRASSÉ

**Les schémas de comportement utilisés par les psychologues
et les économistes, par M. NAVILLE.**

Les sociologues et les économistes se sont toujours fondés sur certaines conceptions philosophiques ou psychologiques. Le psychologue, lui aussi, se réfère souvent, ou accepte implicitement, certaines conceptions de la société et de l'économie. Cette double interférence peut être étudiée aujourd'hui de plus près que par le passé grâce à l'élaboration de la notion de *comportement*. Celle-ci vérifie dans certaines circonstances les attitudes prises en matière de comportement psychologique, économique ou social. D'un côté comme de l'autre on a tenté de saisir le comportement sous forme quantitative et calculable. Toutefois, cette saisie reste difficilement cohérente d'un aspect à l'autre du comportement, et le plus souvent les auteurs se contentent de schémas. Les deux écoles, subjective et objective, qui se sont partagé l'ancienne philosophie, se retrouvent dans l'utilisation des schémas de comportement. Les économistes qui se servent de l'arsenal de la psychologie expérimentale (analyse statistique, tests, physiologie nerveuse, etc.) l'interprètent dans des sens bien différents. Les uns considèrent avant tout un comportement purement rationnel dominé par les jugements de choix, qui aboutit à une explication fondée dans le domaine de la distribution et de la consommation. D'autres accordent la primauté, dans le même domaine, aux impulsions, désirs et instincts. Les économistes objectivistes font plutôt appel à une notion du comportement fondée sur les relations productives de la vie sociale. L'utilisation mutuelle des techniques d'investigation expérimentale chez les psychologues et les économistes montre qu'il y aurait intérêt à délimiter exactement la validité des schémas explicatifs dans un domaine ou dans l'autre.

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 7 juillet 1952

Présidence : M. A. COSTEDOAT, président

Vols de sous-vêtements féminins. Fétichisme, par M. J. TRILLOT.

Deux observations s'ajoutant à une série de travaux classiques en France comme à l'étranger, l'une concernant une adulte de 35 ans, l'autre un jeune homme de 18 ans. L'auteur s'attache surtout à la psychogénèse de cette anomalie sexuelle ; selon lui, une éducation trop rigide et maladroite serait coupable. Considérations médico-légales et thérapeutiques.

Fracture de la voûte crânienne avec hématomes intra-craniens multiples. Décès par œdème cérébral, par M. J. TRILLOT.

Observation montrant une fois de plus l'existence assez fréquente et bien connue au cours des traumatismes crâniens d'hématomes à distance de la région traumatisée et même en des points diamétralement opposés.

Séance du lundi 13 octobre 1952

Présidence : M. A. COSTEDOAT, président

L'utilisation médico-légale de l'électroencéphalographie, par MM. J. PLANQUES et GRÈZES-RUEFF.

Cette utilisation médico-légale est localisée au problème des traumatisés du crâne. Existence d'anomalies diffuses dans 50 % des cas seulement, soit sous forme d'ondes de type θ , soit sous forme d'ondes lentes. Elles s'observent surtout après un intervalle libre de trois mois. Cette communication montre avant tout que cet examen n'est qu'un élément de plus à associer et confronter avec les données de la clinique et les autres examens de laboratoire (radiologie).

Dans cet esprit, les auteurs posent et discutent les problèmes suivants, réalité du traumatisme crânien, dont on discute l'existence ; appréciation

de l'invalidité dans les divers cas énumérés ; syndrome subjectif, troubles névrotiques, épilepsie traumatique ou présentée comme telle, séquelles neurologiques ou mentales. Enfin, le problème de l'appréciation de la responsabilité d'un délinquant intérieurement traumatisé est abordé. Importante bibliographie.

Extériorisation d'une psychose mélancolique au réveil d'un coma barbiturique (tentative de suicide), par M. J. TRILLOT.

Une mère perd brusquement son fils unique de 22 ans : dépression réactionnelle considérable. Quelques jours après une formalité qui ranime particulièrement ses souvenirs : coma gardénalique. Au réveil, dépression aggravée, avec certaines idées d'auto-accusation franchement mélancoliques. Pour l'auteur, l'ébriété barbiturique a révélé un état déjà franchement mélancolique préexistant, mais dissimulé. Considérations, en particulier sur la difficulté d'affirmer la guérison d'un état mélancolique, la fréquence de la dissimulation.

Intoxication par le gardénal et l'oxyde de carbone,
par M. J. TRILLOT et M^{lle} J. BERNARDY.

Evolution fatale. Parmi le riche tableau neurologique présenté, les auteurs s'efforcent de distinguer ce dont est responsable l'un ou l'autre toxique. Il s'agissait d'une dépression après intervention chirurgicale chez une femme de 32 ans.

M. BACHET.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 28 février 1953

Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président

Rapport sur l'activité du comité provisoire pour la coordination de la psychiatrie et des méthodes psychologiques, par M. J. FLAMENT.

Ce comité, fondé à la suite des décisions prises au Congrès international de psychiatrie, se compose de huit membres, représentant par moitié les sociétés de médecine mentale et de psychologie. Il a participé à une enquête internationale sur la situation actuelle dans les divers pays au triple point de vue de l'enseignement de la collaboration entre psychiatres et psychologues et de l'application de la méthode des tests. L'orateur rend compte

des résultats d'un questionnaire adressé à certains médecins et de réunions diverses, notamment avec le comité hollandais.

Un cas d'intoxication par l'oxyde de carbone, par M. M. DUPONT.

Relation du cas d'une femme de 54 ans qui, à la suite d'une intoxication oxycarbonée grave ayant entraîné un coma de trois jours, présenta un état confusionnel, au décours duquel on vit s'installer en quelques jours un syndrome parkinsonien transitoire, avec rigidité et tremblements d'une durée d'un mois.

L'intérêt d'une technique rapide d'inspiration psychanalytique en pratique médicale courante, par M. H. COLLOX.

L'auteur utilise le test d'association de Jung-Bleuler avec mesure du temps de réaction au mot induction combiné à l'interprétation des rêves. Il cite trois cas, dans lesquels il a pu révéler assez rapidement un déséquilibre affectif, dont la prise de conscience a déterminé la guérison. Il insiste sur l'importance des interractions psycho-somatiques mises en évidence.

Essai expérimental et clinique de la succinylcholine en électrochothérapie, par M. Y. PIETTE.

L'auteur présente une technique qu'il a expérimentée chez le lapin avant de l'appliquer à l'homme et qu'il décrit comme étant plus rapide et plus sûre que la curarisation. La succinylcholine agit autrement que le curare ; elle se détruit rapidement dans le sang et elle a pour antidote la cholestérinase, qui se trouve sur place. Son maniement est donc plus simple, et la marge de sécurité est très grande, l'arrêt de la respiration ne se produisant que pour des doses bien supérieures aux doses utilisées. On obtient une crise très atténuée, sans salivation ni spasmes.

J. LEY.

Séance du 28 mars 1953

Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président

L'évolution de l'assistance psychiatrique en Suisse, par M. H. BERSOT (de Neuchâtel).

Le conférencier énumère les causes multiples de la transformation des problèmes de l'assistance psychiatrique et de la législation dans son pays. Il projette une série de tableaux statistiques qui montrent notamment l'augmentation du nombre de lits réservés aux psychopathes (40 lits pour 10.000 habitants est un chiffre moyen actuellement) ; les proportions variables d'hommes, de femmes, de vieillards et leurs fluctuations, la durée moyenne de séjour, les sorties par guérison, les rechutes, les proportions

relatives des principales maladies mentales. Il discute la signification des variations observées au point de vue médical et social.

Après sa conférence, M. Bersot est nommé, par acclamations, membre d'honneur de la Société.

Problèmes déontologiques de la psychologie clinique,
par M. R. NYSSÉN.

L'orateur définit les rapports entre la psychologie et la psychopathologie, il montre la nécessité d'une collaboration entre le psychologue et le psychiatre, il cite diverses définitions de la psychologie clinique.

Il étudie ensuite les problèmes déontologiques de cette collaboration, au triple point de vue de la recherche scientifique, de l'application des méthodes destinées à faciliter le diagnostic, et des interventions des psychologues dans les traitements psychiatriques.

Il y a des psychologues qui revendiquent le droit de traiter d'une manière autonome. Cependant, l'opinion dominante est que le psychologue a un rôle important à jouer en psychothérapie, mais sous la responsabilité professionnelle du médecin, afin d'éviter autant que possible la méconnaissance de troubles organiques. Toutefois, la limite entre la psychologie normale et la psychopathologie est très difficile à tracer, et il y a des cas intermédiaires qui soulèvent des problèmes difficiles.

Dans la *discussion*, M. H. Bersot signale qu'une loi neuchâteloise récente rend le contrôle médical de toute psychothérapie obligatoire, mais son application soulève de grandes difficultés, précisément en raison de ces cas-limite.

J. LEY.

**Groupement belge d'études
oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales**

Séance du 28 février 1953

Présidence : M. P. MARTIN

Tumeurs de l'hypophyse et périmétrie, par M. J. FRANÇOIS.

Relation du cas d'un homme de 38 ans, dont l'affection débuta par une artérite des membres suivie de troubles visuels sans signes neurologiques ou ophtalmologiques autres qu'une hémianopsie bitemporale, qui présenta ensuite d'étranges variations. Les interventions mirent en évidence un œdème de la bandelette, puis un kyste dépendant de la poche de Rathke ou d'un cranio-pharyngiome. On aurait donc tort d'attacher une valeur absolue à la classique hémianopsie binasale.

Un cas de tumeur du glomus jugulaire,
par MM. F. CARBONE, P. MARTIN et J. VAN DEN BRANDEN.

Relation du cas d'une femme de 72 ans, dont l'affection évoluait depuis quinze ans, caractérisée uniquement par des douleurs auriculaires droites, puis par un « polype » du conduit auditif externe, qui fut enlevé, ce qui détermina une hémorragie importante, l'augmentation des douleurs et de la surdité. Une paralysie faciale et une hémiatrophie de la langue survinrent ensuite. L'examen d'un fragment d'un nouveau « polype » montra qu'il s'agissait d'une tumeur du glomus jugulaire. L'intervention permit son ablation malgré les difficultés techniques résultant de sa position.

Démonstration de la structure histologique de ces tumeurs, qui peuvent présenter trois types distincts.

Syndrome préchiasmatique, par MM. P. DANIS,
et M. BRIHAYE-VAN GEERTRUYDEN.

Relation du cas d'un sujet jeune, démontrant la valeur de la campimétrie quantitative pour la localisation d'une tumeur anévrysmale invisible à l'artériographie, et pour l'étude de la régression des troubles de la vision après un accident hémorragique brusque ayant entraîné un syndrome aphasique.

**Introduction à l'étude de la dyschromatopsie rétinienne
centrale acquise,** par M. J. ZANEN.

L'auteur, après avoir rappelé l'anatomie de la macula, de la fovea et de la fovéola, passe en revue les connaissances actuelles de la physiologie oculaire quant aux couleurs. Il montre une technique qu'il a imaginée et réalisée à l'aide d'un appareil qu'il dénomme le chronochromoscotomètre. Cette méthode permet un diagnostic différentiel entre les névrites rétrobulbaires et les maladies de la chorio-rétine.

Le travail complet, qui a fait l'objet d'un rapport à la Société belge d'ophtalmologie, paraîtra dans le bulletin de cette Société.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 28 mars 1953

Présidence : M. A. DE WULF, président

Mensurations du système nerveux central chez l'homme.
Exposé de la technique, par M. A. DE WULF.

Il s'agit d'un macrotome spécial (muni d'une lame de 1 m. 60 de long pour éviter toute déformation de la pièce), qui débite un hémisphère entier

en tranches de 2 ou 4 millimètres, après photographie préalable en fonction de repères millimétriques. Il permet d'établir les rapports entre elles de toutes les formations internes, exprimés en millimètres, et la projection de leurs limites sur la convexité.

L'auteur démontre sa technique par de nombreuses projections.

Hématomes intracérébraux multiples, par M. HOZAY.

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 32 ans, dont le cerveau présente cinq hématomes, dont quatre du même âge. Etude de la littérature et discussion de la pathogénie de ces hémorragies multiples, qui paraissent être d'une grande rareté.

Artériographie des tumeurs de la région chiasmatique, par M. G.-R. HOFFMANN et A. DE HAENE.

Présentation d'une série de clichés radiographiques et de schémas montrant les déplacements du siphon carotidien et de l'artère cérébrale antérieure dans divers cas de tumeurs de la région chiasmatique. Les auteurs estiment que l'artériographie est dans ces cas la méthode de choix.

Incidence familiale et facteurs préparants dans l'encéphalite de la vaccination jennérienne, par M. G. ANDRÉ-BALISAUX.

Les accidents encéphaliques vaccinaux se répétant dans une même famille posent des problèmes théoriques et pratiques que l'auteur aborde à la lumière d'une revue très complète de la littérature sur l'influence du terrain dans les maladies exanthémateuses et la fréquence relative des atteintes neurales chez les collatéraux des enfants atteints d'encéphalite vaccinale.

Des recherches électro-encéphalographiques lui ont permis de déceler dans deux familles des altérations fonctionnelles, cliniquement muettes, des centres nerveux. Il discute la pathogénie des accidents et montre la nécessité dans ces cas d'une anamnèse familiale complète, pour écarter éventuellement certains sujets de la vaccination.

Première observation de jumeaux univitellins avec neurofibromatose. Epilepsie et neurofibromatose, par M. C. TROCH.

Relation du cas de jumelles de 20 ans atteintes de maladie de Recklinghausen à forme pigmentaire. Leur mère et un oncle maternel sont atteints de la même affection. Une des jumelles seulement fait des crises épileptiques mais des perturbations électro-encéphalographiques se retrouvent chez sa sœur. L'auteur discute, d'après les travaux antérieurement publiés par divers auteurs, les relations possibles entre l'épilepsie et la neurofibromatose.

Le cas de ces jumelles plaide en faveur de l'association de deux maladies, et par conséquent du caractère « essentiel » de l'épilepsie observée.

J. LEY.

71^e Assemblée de la Société suisse de neurologie

(Zurich, 6-7 décembre 1952)

Présidence : M. le professeur F. LUTHY, président

RAPPORTS

I^{er} RAPPORT. — **Les encéphalites, étude clinique**, par le professeur H. HOFF. — II^e RAPPORT. — **Les encéphalites, étude microbiologique**, par le professeur BIELING (de Vienne).

Dans le domaine des encéphalites, encore très mal connu, il faut se garder des synthèses et des classifications qui, sitôt établies, doivent être remaniées. Il paraît préférable d'apporter des documents anatomo-cliniques. Actuellement, ni la clinique, ni l'histopathologie ne permettent de reconnaître l'étiologie des encéphalites. Les neurologistes doivent constamment collaborer avec les virologues et les bactériologues, qui seuls peuvent parfois les éclairer. Pourtant, la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë, décrite récemment par *Ludo van Bogaert*, a les caractères histologiques d'une maladie à virus, alors que les recherches virologiques les plus complètes sont entièrement négatives. L'un des problèmes les plus difficiles est celui des causes activant la virulence : le virus de la poliomyélite paraît largement répandu, et peut être longtemps à l'état latent sans incommoder celui qui le porte. Par quelle influence la virulence neurotrophe est-elle brusquement révélée ? Peut-être par l'apparition d'une autre maladie, par l'intervention de facteurs physiques : insolation, refroidissement, efforts musculaires exagérés. En ce qui concerne le traitement, il n'en existe encore aucun. Le dernier venu, les gamma-globulines sur lesquelles on fondait de grands espoirs, ne paraît avoir aucune action.

COMMUNICATIONS

Cinq cas anatomo-cliniques d'encéphalite aiguë, par le professeur G. DE MORSIER et le Dr J. BAUMAN (de Genève).

Sur les cinq cas examinés, deux seulement ont une étiologie connue (rougeole, fièvre Q). Dans les trois autres, l'étiologie est entièrement inconnue. Les auteurs donnent les caractéristiques cliniques de ces cas ordonnés suivant la durée des troubles cérébraux et les résultats de l'examen histopathologique du cerveau.

Encéphalite mortelle au cours de la fièvre Q. Présence de Rickettsia Burneti dans le cerveau, par le professeur G. DE MORSIER et le Dr H. FELDMANN (de Genève).

Observation d'un homme de 50 ans qui, six jours après le début d'une fièvre Q avec pneumonie, devient délirant et halluciné, avec agitation vio-

lente, crises de fureur, attitudes catatoniques et hystéroides, mouvements choréo-athétosiques, trismus, rigidité décérébrée, atteinte bulbaire et mort douze jours après le début des troubles cérébraux. A l'autopsie : pneumonie interstitielle plasmo-lymphocytaire. *Histopathologie du cerveau* : vaso-paralysie, œdèmes, gonflement considérable des parois vasculaires, nécroses périvasculaires avec corps granuleux et produits métachromatiques, nodules glieux disséminés, lésions ressemblant beaucoup à celles décrites dans les autres Rickettsioses (typhus exanthématique, fièvre des Montagnes Rocheuses, etc...). *Rickettsia Burneti*, identifiés dans les espaces périvasculaires des gros vaisseaux et dans les méninges, puis dans tout le tissu cérébral. Ils sont extra- ou intracellulaires et prennent également des formes de transitions.

L'encéphalite subaiguë de van Bogaert-Dawson au point de vue clinique, par le professeur G. FANCONI, les D^{rs} P. CRAMER et F. MARTHALER (de Zurich).

Dans plusieurs cas, investigations détaillées portant sur l'étiologie. Toutes les recherches sur l'existence d'un virus sont restées négatives. Dans un cas, le cerveau a été envoyé en état de congélation, peu après la mort, au laboratoire de recherches de virus de *Joseph Stokes* à Philadelphie et aux laboratoires du service médical de l'armée à Washington. La substance cérébrale a été inoculée, dans le cerveau et le péritoine, à 4 cobayes, 10 souris blanches adultes, et à une portée de 11 souriceaux. La présence d'un virus n'a jamais pu être décelée. Toutes les réactions de complément avec l'encéphalite japonaise B, l'encéphalite de Saint-Louis, l'« Equine Encephalitis » occidentale et orientale sont restées négatives. Il en fut de même en Suisse pour les réactions avec les leptospires, le virus de la Coxsackie, le virus des oreillons et celui de la psittacose.

Vu l'analogie du tableau clinique avec la sclérose cérébrale juvénile progressive de *Scholz*, ainsi qu'avec l'encéphalite périaxiale de *Schilder*, on peut se demander s'il s'agit réellement d'une encéphalite, c'est-à-dire d'un processus inflammatoire primaire, susceptible d'être nettement différencié d'une sclérose cérébrale de nature dégénérative.

Le diagnostic différentiel doit, en principe, s'appuyer sur l'électro-encéphalogramme et l'anatomie pathologique. Mais la signification des infiltrats cellulaires prête à controverse ; tandis que *Pfister* les considère comme le résultat d'une évacuation de produits de déchets dans le voisinage des vaisseaux, d'autres auteurs estiment qu'il s'agit d'infiltrats inflammatoires.

Contributions casuistiques aux problèmes des encéphalites, par le Dr E. ZANDER et le professeur B. HESS (de Zurich).

Il est souvent impossible de faire le diagnostic différentiel entre les encéphalites et les tumeurs cérébrales. Un grand nombre des cas de la clinique neuro-chirurgicale de Zurich, envoyés avec le diagnostic de tumeur cérébrale, se révèlent être des encéphalites. Des cas non douteux d'encéphalites ne sont jamais envoyés aux neuro-chirurgiens, mais restent en traitement ambulatoire chez les médecins spécialistes des maladies internes ou chez les neurologues. Sur les 43 cas aigus et subaigus suivis à la clinique neuro-chirurgicale, le fait s'est présenté 23 fois. Même un examen approfondi au moyen de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalo-

gramme ne peut pas toujours donner une réponse absolument sûre. Une craniotomie a été ainsi pratiquée dans trois cas, sans trouver la tumeur cérébrale supposée. C'est à ce moment seulement que fut fait le diagnostic différentiel avec l'encéphalite. Dans deux autres cas, le diagnostic a été seulement possible par l'examen histologique ultérieur. Discussion de la symptomatologie des encéphalites et des tumeurs cérébrales (l'électro-encéphalogramme fournit un moyen précieux dans les cas incertains) et classification des formes d'encéphalites.

Encéphalites des animaux domestiques,
par le professeur R. FANKHAUSER (de Berne).

Le matériel d'examen de la section de neurologie comparative de la clinique vétérinaire de Berne, qui à ce jour possède 1.700 animaux de différentes espèces, permet une vue d'ensemble sur la fréquence et les formes de l'encéphalite chez les animaux domestiques. Laissant de côté les formes de cette maladie, provoquées par des bactéries, des champignons et des protozoaires, l'exposé se borne aux affections infectieuses du système nerveux central, qui avec certitude, ou avec une possibilité plus ou moins grande, ont été conditionnées par un virus. Les auteurs constatent une hiérarchie très nette en ce qui concerne la fréquence. Le chien tient la place la plus importante, suivi de la volaille, du porc, de la génisse (chez laquelle les processus bactériologiques, la tuberculose avant tout, jouent un rôle beaucoup plus important), des petits ruminants, du cheval, et enfin du chat. De plus, la fréquence de l'encéphalite de quelques-uns des animaux, du cheval par exemple, diffère d'avec celle d'autres pays. En Suisse, le cheval et la génisse ne présentent pour ainsi dire jamais d'encéphalite enzootique. Suit une classification des observations selon l'espèce animale.

Pathogénie des infections à virus neurotropes,
par le Dr R. BIELING (de Vienne).

Les maladies à virus neurotropes doivent être comprises comme étant des affections généralisées : après pénétration de l'agent pathogène dans l'organisme, il y a prolifération de cet agent au lieu de la porte d'entrée puis dissémination et prolifération secondaire qui peut être mise en évidence au niveau des muscles striés par exemple. À ce moment, et sauf si elle s'éteint spontanément, l'infection se propage par voie sanguine ; c'est à ce stade seulement que l'agent pathogène arrive au système nerveux central et détermine l'apparition des symptômes caractéristiques de la maladie. L'atteinte du muscle cardiaque a été démontrée entre autres par *Stoeber* dans la myocardite du nourrisson et par *Coronini* dans l'encéphalite herpétique. On trouve dans le myocarde des amas cellulaires qui rappellent les nodules rhumatismaux et sont formés d'éléments histiocytaires au voisinage desquels il y a destruction des tissus nobles. La coloration argentique après congélation montre dans les cellules des granulations protoplasmiques tout à fait comparables à celles que *Stoeber* a trouvées par des colorations à l'hématoxyline-éosine et il semble bien que ces granulations puissent aussi sortir des cellules.

Tumeurs hypophysaires, hypophyse et isotopes,
par le professeur Albert JENTZER (de Genève).

L'auteur rappelle que c'est en 1924 qu'il a opéré, avec succès, sa première tumeur hypophysaire. De 1935 à 1952, il a opéré avec ses collaborateurs

13 adénomes bénins avec 0 % de mortalité, 4 poches de Rathke et 2 tumeurs malignes de l'hypophyse avec 2 morts, donc 33,3 % de mortalité. En conséquence, la mortalité globale des tumeurs de l'hypophyse, bénignes et malignes, a été de 10,5 % (nombre de cas) et de 8,7 % (nombre d'opérations). Grande différence avec la mortalité des gliomes : en 1950, *Pennybaker*, d'Oxford, a publié la statistique de la clinique de Cairns, sur 282 cas de gliomes, 110 sont morts sans opération (ponction); 83 ont quitté la clinique mourants, 89 ont été opérés. Sur ces 89, 14 sont morts après l'opération. Cela signifie que, dans 73,5 % des cas de gliomes, il n'est pas possible d'empêcher une issue fatale, quoi que l'on fasse : ponction, décompression ou opération radicale. A Genève, dans la statistique de la clinique universitaire de chirurgie, de 1935 à 1949, la même mortalité environ a été atteinte en opérant tous les cas.

En ce qui concerne l'hypophyse et les isotopes, l'auteur rappelle qu'en mai 1952, lors de la Journée de la clinique universitaire de chirurgie, il a montré que l'iode radioactif injecté à des lapins était surtout capté par la thyroïde et par l'hypophyse postérieure. Cette fois, par trois autres expériences de laboratoire (de nouveau injections d'iode 131 à des lapins), il paraît pouvoir prouver que l'iode qui se concentre dans l'hypophyse postérieure est de la thyroxine et non de l'iode ionique.

Etude de l'action métabolique des humeurs sur les micro-organismes dans les affections du système nerveux central, par le Dr H.-P. RIEDER (de Bâle).

Premiers résultats des travaux entrepris au laboratoire de la clinique psychiatrique de Bâle pour tenter de mettre en évidence la présence de produits toxiques de désintégration dans les humeurs (urines, liquide céphalo-rachidien, sérum) de sujets atteints de maladies du système nerveux central : syndrome de Parkinson, sclérose multiloculaire, schizophrénie, épilepsie. La méthode consiste à étudier l'action de ces humeurs sur le métabolisme gazeux (respiration et fermentation des sucres) de certaines levures au moyen de l'appareil de Warbourg, par comparaison avec les résultats obtenus avec les humeurs de sujets sains.

Bien que les résultats de ces expériences soient concordants et montrent entre autres une toxicité plus élevée dans la schizophrénie, ils ne permettent à l'heure actuelle de tirer aucune conclusion quant au diagnostic de la maladie ou à la nature des toxines.

Aspect physiologique des symptômes pathologiques du système nerveux central, par le professeur W.-R. HESS (de Zurich).

Communication mettant en rapport des expériences cliniques et la physiologie expérimentale. La paralysie oculaire par l'effet de la compression sur les tubercules quadrijumeaux en est un exemple. L'excitation électrique de cette région (chez le chat) provoque obligatoirement une déviation du regard vers le haut. L'expérimentation physiologique confirme ainsi l'interprétation du symptôme pathologique. Autre exemple : dans le centre respiratoire, l'on trouve unis et couplés différents centres de l'inspiration (diaphragme, musculature abdominale et intercostale, etc.). Si la fonction de l'un d'entre eux est inhibée, les autres augmentent immédiatement leur activité par l'effet d'une compensation automatique (vicariante). Des situations analogues existent lors

de la régulation stato-cinétique de la position corps-tête-yeux. Ici, l'expérimentation montre une association centrale. Une association régulatrice d'un genre différent par innervation compensatoire s'observe dans la prétendue *diaschisis* que l'auteur prend pour l'expression d'une action protectrice du système neuro-végétatif (mise au repos automatique des systèmes traumatisés). Il faut tenir compte de toutes ces relations lors d'une interprétation de symptômes produits par la destruction d'une partie du système nerveux central. La fonction du système nerveux central n'est pas une sommation d'actions isolées mais se fonde sur l'accord intégral des différentes parties.

Périodicité de quelques phénomènes cérébraux. Etude électroencéphalographique, par les Drs G. PAMPIGLIONE et F. MARTIN (de Londres et de Genève).

Dans le sommeil on peut, par stimulation acoustique ou lumineuse, provoquer l'apparition d'accidents répétitifs et périodiques (spindles et K-complexes). Une périodicité semblable est observée chez l'épileptique soumis, dans des conditions favorables, à la stimulation lumineuse intermittente. Cette périodicité n'est généralement pas modifiée par une stimulation surajoutée. Dans un cas de lipoïdose cérébrale rapporté par les auteurs, le même phénomène apparut au cours du sommeil. Enfin, un effet retard à diverses stimulations sensorielles est également signalé. Ces aspects sont rapprochés des résultats obtenus par *Bremer* chez le chat endormi ou mésentéphalique. Les auteurs admettent sur la base de leurs observations l'existence d'un mécanisme particulier du type de l'horloge, mécanisme situé au niveau des structures profondes du cerveau, et éventuellement, dans le sommeil, au niveau des structures télencéphaliques. Ce mécanisme, dépendant dans quelques circonstances des afférences périphériques, semble acquérir une autonomie particulière dans la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë de *L. van Bogaert* et l'encéphalite subaiguë à inclusions de *Dawson*.

Une « triade » cervico-brachiale dans les discopathies cervicales chroniques. par le Privat-Docteur Dr BÄRTSCH-ROCHAIX (de Berne).

La périarthrite huméro-scapulaire chronique, considérée jadis comme une affection *sui generis* (« tendo-périostose », « tendo-périostite », etc.) peut se rencontrer, selon certains auteurs français et allemands, dans les discopathies cervicales. L'auteur pense que cette parenté s'étend également à l'épicondylite (« acro-stéatalgie », etc.) de l'humérus. Il distingue une triade, relativement fréquente, dont les éléments sont : périarthrite huméro-scapulaire ; « épicondylite » humérale ; syndrome radiculaire sensitif, soit du type sympathique (auteurs américains), soit du type radiculaire somatique (auteurs européens).

En clinique, il y a lieu de procéder à l'examen minutieux de la colonne cervicale (motilité, radiologie, éventuellement myélographie). L'auteur décrit un signe nouveau : zone d'hyperalgésie, d'une grandeur d'une pièce de 2 à 5 francs, située en général au-dessus du point maximum de la douleur provoquée par la palpation (articulation de l'épaule dans la périarthrite huméro-scapulaire, insertion des longs extenseurs dans les cas d'épicondylite). A côté de la « triade », on peut rencontrer le syndrome de « migraine cervicale », les deux syndromes étant observés à la suite de dégénérescences discales endogènes ou traumatiques.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

SEXOLOGIE

La différenciation sexuelle humaine. Ses incidences en pathologie, par Jean VAGUE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux. *Préface* du professeur G. MARAÑON (1 vol. grand in-8°, 388 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris, 1953).

Si, selon la première phrase de l'auteur, « notre siècle porte, parmi d'autres, quatre marques distinctives : la priorité de la technique dans ses goûts et son activité, du social dans ses réformes, de l'existence dans ses inquiétudes, de la sexualité dans ses obsessions », ce livre vient à son heure. Fruit d'un gros travail, mise au point indispensable, il envisage sous tous ses aspects l'activité sexuelle. Ainsi que l'écrit dans une remarquable préface, dont la largeur de vues ne saurait surprendre, le professeur G. Marañon, « l'instinct sexuel est un instinct de luxe, non nécessaire à la vie, par suite rapidement différencié et confondu avec ce qu'il y a de plus intime et de plus caractéristique dans la personnalité ». D'où l'intérêt qui s'attache pour le psychiatre à ses diverses manifestations et les études qu'elles inspirent. Cela surtout depuis les travaux de Freud, dont le professeur G. Marañon souligne la « très haute valeur » tout en regrettant qu'à l'effort d'individualisation du malade ait manqué dans l'œuvre du psychiatre viennois « l'accent universel que doit avoir ce qui est individuel pour atteindre son maximum d'efficacité ».

De l'étude de l'hormonologie sexuelle et générale (qui doit tant aux travaux de M. G. Marañon) et de ses relations avec le système nerveux, en particulier avec le système diencephalique, M. Jean Vague est arrivé à cette conclusion que « rien ne se passe dans la vie sexuelle, dans son stratus physiologique ou dans ses stratus pathologiques, qui n'ait son origine dans la différenciation sexuelle ». Le psychiatre, ajoute le professeur G. Marañon, ne peut résoudre les problèmes sexuels qui, sur un plan principal ou secondaire sont présents dans presque tous les événements de la vie de l'esprit, sans connaître à fond le mécanisme de la différenciation sexuelle et les signes qui dénoncent sa perturbation. Il trouvera tous les éléments de cette connaissance réunis et clairement exposés dans l'ouvrage très documenté et abondamment illustré de M. Jean Vague.

Après un rappel des notions acquises sur la différenciation sexuelle dans la série animale, l'auteur présente les éléments et l'évolution normale de la différenciation humaine. Bien qu'il ait constamment pour but d'évaluer numériquement la différenciation sexuelle, et par suite de dépasser le cadre

trop étroit des types proprement dits, M. Jean Vague, dans un important chapitre consacré aux types sexuels humains, décrit sur le plan clinique des types sexuels assez nettement individualisés mais cependant reliés entre eux par des cas intermédiaires. Nombreuses sont les incidences de la différenciation sexuelle en pathologie, qu'il s'agisse de la pathologie digestive, de la pathologie des voies respiratoires, des affections circulatoires, des maladies rénales et sanguines, des maladies de la nutrition, des maladies du foie, des maladies endocriniennes, de la pathologie nerveuse. A cette dernière, l'auteur a réservé plus de cinquante pages, étudiant chez l'homme et chez la femme les anomalies du comportement sexuel élémentaire, les troubles du comportement érotique (perversions, homosexualité, etc...), les troubles du comportement général (psychoses graves, névroses caractérielles, névroses végétatives), les lésions cérébrales déterminées, l'hyperostose frontale interne, les dystrophies. Données anthropométriques, particularités du comportement et des phénomènes hormonaux sont relevées au cours de chacun des chapitres du livre. Après cette étude sur le plan statique des nombreuses anomalies de la différenciation sexuelle et de leurs aussi nombreuses incidences en pathologie, l'auteur envisage ces phénomènes selon la date et les circonstances de leur apparition au cours de la vie (enfance, puberté, période climactérique, vieillesse). Recherchant les causes de la différenciation sexuelle normale et anormale, il en suit, des cellules reproductrices à la vieillesse, tous les facteurs étiologiques déterminants (facteurs génétiques, facteurs gamétiques non transmissibles sur plusieurs générations, embryopathies, maladies fœtales à partir du cinquième mois, prématurité, facteurs pathogènes tardifs). L'ouvrage se termine par des aperçus thérapeutiques. A l'exposé des problèmes posés en particulier par l'isolement et la synthèse d'un nombre toujours plus grand d'hormones actives, à l'exposé des moyens d'action et des indications thérapeutiques s'ajoute celui des conditions et des circonstances dans lesquelles peut être réalisée la prophylaxie de la différenciation sexuelle.

Souligner l'intérêt d'un tel livre serait superflu. De tant de faits recueillis, de tant d'hypothèses émises sur un sujet si fréquemment abordé — et aussi par des incompetents — il apporte critique et synthèse. La manière très large, très objective, dont sont envisagés les divers aspects de cet important problème humain est en accord avec la définition de l'humanisme que donne dans la préface du même livre le professeur G. Marañón : « L'humanisme est la volonté et la disposition voulues pour essayer de comprendre tout et, par conséquent, pour ne servir aucune doctrine particulière, pas même celle qui pourrait paraître la plus près de la vérité. »

René CHARPENTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

Maux de tête et névralgies. Douleurs cranio-faciales, par le Dr Jean N. TAPTAS (d'Istanbul), ancien chef de clinique neuro-chirurgicale à la Faculté de Paris, professeur agrégé des Facultés de médecine de France (1 vol., 230 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris, 1953).

S'il est un symptôme fréquent, précoce, parfois même isolé, de cause souvent inapparente, au moins au début, et dont cependant dans certains

cas s'impose un diagnostic différentiel rapide et précis, c'est bien la céphalée. La complexité du problème qui, jusqu'ici, en permettait difficilement une vue d'ensemble, s'éclaire des acquisitions et des possibilités expérimentales dues à l'avènement et aux rapides progrès de la neuro-chirurgie. Des nombreuses études anatomiques, physio-pathologiques, cliniques, ainsi rendues possibles sur l'homme vivant, auxquelles s'ajoutent les résultats de l'expérimentation neuro-chirurgicale sur l'animal, se dégagent et se précisent des notions nouvelles. Le livre de M. Jean N. Taptas est une mise au point et un groupement de ces connaissances sur l'ensemble des algies cranio-faciales.

Exposant, dans une première partie, quelles sont les bases anatomo-physiologiques de la connaissance des douleurs cranio-faciales, l'auteur y réunit ce qui a trait à la sensibilité des éléments craniens et endo-craniens, à l'innervation sensitive céphalique, à l'innervation vaso-motrice, à la vaso-contraction et à la vaso-dilatation. Au point de vue pathogénique, il conclut à deux grandes catégories de syndromes douloureux cranio-faciaux : ceux qui sont la conséquence de l'irritation directe des nerfs à filets sensitifs (névralgies) et ceux qui sont dus à l'irritation des terminaisons sensitives, véritables douleurs tissulaires (douleurs cranio-faciales non névralgiques).

C'est à l'étude des névralgies qu'est consacrée la deuxième partie du livre. Elles résultent de l'irritation des voies sensitives pendant le trajet du premier neurone sensitif (racine, ganglion, nerf post-ganglionnaire : névralgies du trijumeau, névralgie géniculée, névralgie du nerf intermédiaire de Wrisberg, névralgies du glosso-pharyngien, névralgies du nerf occipital d'Arnold, douleurs cranio-faciales névralgiques par zones).

La troisième partie traite des douleurs céphaliques non névralgiques classées selon la localisation de la douleur. Après un chapitre réservé aux troubles céphaliques par troubles tensionnels, M. Jean N. Taptas passe successivement en revue les nombreux syndromes douloureux cranio-faciaux non névralgiques prédominant aux territoires céphaliques antérieurs (en particulier l'importante question des migraines et de leurs complications ainsi que celle non moins importante des céphalées post-traumatiques), les douleurs céphaliques non névralgiques localisées ou prédominant à la région occipitale et cervico-occipitale, celles qui se produisent au cours des atteintes vasculaires organiques, les douleurs cranio-faciales et les céphalées d'origine dentaire, oculaire, oto-rhinologique, la céphalée des affections générales toxiques et infectieuses. Un court chapitre terminal est consacré aux rapports de la céphalée et des troubles psychiques. L'auteur y distingue les troubles psychiques secondaires ou associés à la céphalée (réactions anxieuses, états dépressifs, irritabilité, troubles de la mémoire, syndrome de Morgagni-Morel) et les céphalées qui sont la conséquence d'états psychopathiques (états de dépression et d'asthénie) rappelant que MM. Th. Alajouanine et J. Nick ont insisté sur le rôle des états psychologiques (émotions, contrariétés) dans les paroxysmes algiques des céphalées organiques, le choc psychique agissant au même titre qu'un traumatisme et par l'intermédiaire d'une perturbation humorale endocrinienne.

Cet ouvrage, où les acquisitions anatomiques et physiopathologiques et les faits expérimentaux sont présentés en parallèle avec les observations de la clinique et les résultats à attendre d'une thérapeutique rationnelle est

une importante contribution à la compréhension, au diagnostic et au traitement des maux de tête et, en général, de toutes les douleurs cranio-faciales.

R. C.

Arriération mentale et premiers exercices éducatifs, par André Rey, professeur à l'Institut des sciences de l'éducation de l'Université de Genève (1 vol., 214 pages, in coll. « Actualités pédagogiques et psychologiques ». Delachaux et Niestlé, édit.), Neuchâtel et Paris, 1953).

L'auteur a réuni ici, en les complétant, l'essentiel d'un certain nombre d'études éparses publiées par lui antérieurement et d'une utilité incontestable, non seulement aux parents, trop souvent aveuglés, d'enfants arriérés, mais aux médecins, dont le diagnostic précoce et les conseils initiaux ont une grande importance, aux éducateurs aussi qui, spécialisés ou non, se trouvent souvent en présence de problèmes dont la complexité exige des solutions adaptées à chaque cas particulier. Pour tous, ce volume sera un précieux guide.

Comme il convenait, le professeur André Rey expose tout d'abord ce que sont ces enfants auxquels sont nécessaires des méthodes spéciales d'éducation, quelles sont les caractéristiques des arriérations mentales, leurs variétés. Il rappelle l'imprécision des limites de la débilité intellectuelle, et les moyens d'en évaluer les degrés, les causes de ces états qu'il faut éviter de confondre avec des états démentiels de l'enfance ou encore avec certains retards généraux ou électifs du développement, leur évolution, en particulier leur évolution professionnelle, les possibilités d'adaptation et de fonder un foyer, les rapports de ces états d'arriération avec la délinquance infantile. Les indications du placement de certains de ces enfants dans des établissements ou dans des institutions spécialisés, la nécessité et l'organisation de classes spéciales sont rapidement exposés ainsi que les obstacles à l'emploi des méthodes indiquées, obstacles résultant souvent de l'aveuglement, des illusions, de l'anxiété ou du découragement des parents.

C'est à la description de ces méthodes qu'est consacrée la seconde partie du livre, qui bénéficie de la riche expérience personnelle de son auteur autant que d'une abondante documentation. Après l'énoncé de règles générales indispensables, dont on ne saurait trop recommander l'observance attentive, M. André Rey décrit successivement comment il doit être procédé à des exercices progressivement compliqués de déplacement, de transport et de recherche d'objets dans un espace d'abord restreint puis plus vaste, comment par des exercices gradués éduquer le sujet à des réactions différées. D'autres exercices viseront à l'obtention de mouvements adaptés organisés en activité soutenue, à la perception, la connaissance sensorielle des formes, à la différenciation visuelle des volumes, à la différenciation tactile des objets, ainsi qu'à la perception des « formes-dessins » (lotos, puzzles).

Un important chapitre consacré au langage, à ses rapports avec le développement neuro-psychique, à son évolution normale, à ses anomalies et à ses retards, aux conditions nécessaires au développement du langage de l'arriéré, se termine par l'indication d'exercices systématiques de langage, par celle aussi des erreurs à ne pas commettre.

Fréquentes sont les difficultés d'ordre moteur. A côté d'exercices intéressant la motricité générale, l'auteur, en vue des premiers travaux manuels, décrit comment utiliser les résultats des exercices déjà présentés de manipulation, d'encastrement, de loto, lesquels ont éduqué l'enfant à la préhension. Tout devra également être patiemment mis en œuvre pour l'exécution d'exercices graphiques (dessin libre, dessin-copie). Mais des troubles moteurs importants, de grosses infirmités motrices seront justiciables de traitements médicaux, parfois même d'appareillage.

De toutes les techniques scolaires, c'est généralement le calcul qui donne aux arriérés le plus de difficultés. D'où la nécessité d'exercices de perception quantitative et d'une initiation sensorielle aux nombres. On trouvera dans ce livre comment, à l'aide d'exercices figurés, initier l'enfant à percevoir de bonne heure les quantités, à les composer et à les décomposer. Quant à l'excellente méthode des centres d'intérêts, préconisée par Decroly, son succès dépendra du degré de l'arriération, de l'instabilité aussi du sujet ; elle donnera des résultats variables selon le niveau du sujet, selon qu'il sera ou non capable d'associations actives et d'anticipations.

Le dernier chapitre du livre traite d'une question si importante qu'elle domine sans doute, ou tout au moins accompagne, toutes les autres sur le plan éducatif, celle des aspects caractériels du comportement et des manifestations affectivo-émotionnelles. La socialisation de l'émotivité suppose chez l'individu un développement mental normal, une puissance mentale d'analyse et de structuration affectivo-émotionnelle dont l'arriéré est le plus souvent totalement incapable. D'où les difficultés de l'adaptation sociale et la nécessité de compter avec des manifestations affectivo-émotionnelles désordonnées. Après une description des aspects physiques des émotions, le professeur André Rey montre comment le psychisme primitif des arriérés tendra à former des associations plus proches du réflexe conditionné que des réactions libres ou sélectionnées, avec des réponses le plus souvent peu différenciées, mal adaptées à la situation, du fait en particulier de l'hyper-émotivité. Aussi l'adulte chargé de l'éducation de ces enfants, doit-il, plus encore qu'avec d'autres enfants, exercer un contrôle parfait de ses propres émotions. Il doit aussi, selon les cas, s'appliquer à écarter les causes d'apparition des crises émotives ou à favoriser la liquidation de la tension affective de l'arriéré. Mais il est des états d'arriération mentale profonde où les décharges émotives et les accumulations de tensions revêtent un aspect automatique et incoercible, où la seule solution est de mettre autant que possible le sujet à l'abri des circonstances, pouvant déterminer des émotions.

Dans ce livre, qui n'est pas destiné à des éducateurs spécialisés, de nombreux procédés éducatifs sont décrits clairement et avec précision. Aussi sera-t-il souvent consulté avec fruit par tous ceux, spécialisés ou non, que les circonstances mettent en contact avec des arriérés et qui, à quelque titre que ce soit, ont la charge délicate (mais si méritoire pour l'individu comme pour la société) d'estimer, d'éveiller et d'éduquer les possibilités de ces enfants. Favorable, ou relativement favorable, dans les cas où le permettent la variété et le degré de l'arriération, le résultat sera, en effet, fonction du choix des procédés éducatifs et de la précocité de leur emploi.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

La théorie psychanalytique des névroses, par le Dr Otto FENICHEL, *tome second*, traduit de l'anglais par M. SCHLUMBERGER, C. PIDOUX, M. CAHEN et M. FAIN. (1 vol., in-8°, 434 pages, in « Bibl. de psychanalyse et la psychologie clinique », Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Le tome second de cet ouvrage (1), consacré par M. Otto Fenichel à la théorie psychanalytique des névroses, comporte d'abord des chapitres ayant trait, comme ceux de la deuxième partie du premier volume, au mécanisme de formation des symptômes et aux formes cliniques des névroses. Il débute par l'étude des perversions et des névroses impulsives. Le fait qu'en contraste avec les actes compulsifs, ces impulsions aient un caractère instinctuel, fait que pervers et névrosés impulsifs sont parfois désignés sous le nom de psychopathes. Après cette remarque, l'auteur, qui définit les pervers comme « des personnes ayant une sexualité infantile non parvenue à l'âge adulte », étudie successivement l'homosexualité masculine, l'homosexualité féminine, le fétichisme, le travestissement, l'exhibitionnisme, la coprophilie, le sadisme, le masochisme, etc., les combinaisons des perversions et des névroses, la thérapeutique psychanalytique des perversions, ainsi que les « névroses impulsives » (fugue, kleptomanie, pyromanie, jeu, toxicomanies, etc.), les états de transition entre les impulsions morbides et les compulsions, la thérapeutique psychanalytique « encore très contestée » des impulsions morbides et des toxicomanies, indiquant ses conditions et la nécessité d'« un travail analytique dans les couches les plus profondes ».

Dans le chapitre suivant, il est traité de la dépression et de la manie. Analysant le rôle de la perte de l'estime de soi, celui aussi de la perte d'apports extérieurs ou rehaussaient l'estime de soi, l'auteur étudie les mécanismes de la dépression, le rôle dans le deuil de l'introjection ambivalente de l'objet perdu qui, dans la mélancolie, s'ajoute à un besoin narcissique et à l'oralité. C'est de l'importance de la régression narcissique que tient la différence entre dépression névrotique et dépression psychotique. La tendance au suicide du mélancolique reflète l'intensité du conflit entre le Moi et le Surmoi. Quant aux problèmes de la manie, ils sont abordés par ces deux aspects que sont la valorisation de la personne et la diminution de la conscience morale. « Dans la manie, le Moi a réussi tant bien que mal à se libérer de la contrainte du Surmoi. » Le « cycle maniaco-dépressif » oscille entre des sentiments d'anéantissement et de toute-puissance, entre la punition et le triomphe. Comme lors du cycle de la faim et de l'assouvissement, la périodicité est un facteur biologique. Mais pourquoi tantôt un rythme régulier d'allure biologique, tantôt non ? Quel est dans ce dernier cas la cause du déclenchement de l'une ou l'autre des deux phases ? Bien des problèmes restent ainsi posés. Quant aux perspectives de la psychanalyse dans le traitement des états dépressifs ou maniaques, elles sont très différentes selon qu'il s'agit de dépressions névrotiques ou de psychoses maniaco-dépressives.

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, mars 1953, pages 424-426.

De la schizophrénie, d'un diagnostic si extensif et dont le nom recouvre tant de phénomènes, M. Otto Fenichel s'attache à mettre en lumière les caractères communs aux divers phénomènes : symptômes de régression du Moi (destruction du Monde sous forme de fantasmes, sensations cœnesthésiques et dépersonnalisation, sentiments de grandeur, modes de pensée s'apparentant à la pensée magique primitive, symptômes catatoniques), mais aussi symptômes visant à une sorte de restitution (fantasmes de reconstruction du Monde, hallucinations se substituant aux perceptions quand la prise de conscience de la réalité a été totalement ou partiellement perdue, idées délirantes, langage schizophrénique, symptômes catatoniques). La perte de contact avec la réalité, régression à un stade précoce, « constitue le noyau de la schizophrénie ». Et, selon Freud, tandis que le Moi du névrosé obéit au monde extérieur et se retourne contre le Ça en instituant la régression, le Moi du psychotique, au contraire, se détourne du monde extérieur qui entrave sa liberté instinctuelle. Après avoir rappelé l'existence de cas limites et la difficulté du pronostic, l'auteur, tout en signalant les obstacles que rencontre le traitement psychanalytique de la schizophrénie, conclut que « la proportion sans cesse accrue des réussites » est un encouragement à cette thérapeutique.

Dans les chapitres suivants, qui traitent des élaborations secondaires des symptômes, l'auteur passe en revue les symptômes en tant que traumatismes et les facteurs déclenchants des névroses, les mécanismes de défense et les attitudes de dépendance orale envers les symptômes, les bénéfices secondaires de la maladie (tirés du monde extérieur ou tirés du Surmoi). Il étudie ensuite les troubles du caractère et les fondements d'une caractérologie psychanalytique. La compréhension des pulsions inconscientes permet à la psychanalyse de traiter cette question de façon différente que les autres psychologies. Sont envisagés successivement les traits de caractère visant à la sublimation, les traits de caractère réactionnels, le rôle des défenses et des pulsions instinctuelles dans les traits de caractère pathologiques, les conduites pathologiques envers le Ça, envers le Surmoi, envers les objets extérieurs, les rapports pathologiques des états de dépendance du Moi, les caractères phobiques, hystériques, obsessionnels, cycloïques, schizoïdes, la technique et la thérapeutique psychanalytiques dont sont soulignées les difficultés et la longueur en présence de troubles du caractère.

Si, du point de vue théorique, la distinction entre les névroses traumatiques et les psychonévroses est utile, elle est cependant artificielle et nombreuses sont leurs combinaisons. Défenses contre les manifestations névrotiques et tentatives pour les inclure dans l'organisation de la personnalité déterminent l'évolution clinique variable des névroses (guérisons spontanées, névroses stationnaires, névroses évolutives). Mais s'« il y a plusieurs manières de soigner les névroses », ajoute M. Otto Fenichel, « il n'y a qu'une façon de les comprendre » et c'est « la seule science psychanalytique ». De l'exposé de divers modes de psychothérapie, citons ces phrases de l'auteur : « La majorité des thérapeutes ne suivent consciemment aucun système mais, « plutôt, leur intuition. Le médecin émet des hypothèses, joue des rôles, « modifie son comportement en fonction des réactions manifestes du patient, « sans le comprendre. Un bon psychologue inné réussira, un mauvais « échouera. Un psychothérapeute qui a étudié la psychanalyse se trouve « dans une situation quelque peu meilleure. » Contrastant profondément avec les autres modes de psychothérapie, le traitement psychanalytique,

dont l'auteur énumère les indications et les contre-indications, vise à une destruction réelle des défenses pathogènes. Il fait remarquer toutefois qu'il est difficile de donner des statistiques des résultats obtenus par cette méthode mais si sans « nul doute, la thérapeutique psychanalytique laisse encore beaucoup à désirer », et s' « il y a des échecs et des succès partiels, nul doute aussi que la psychanalyse, en tant que seule méthode radicale, soit la meilleure méthode dont nous disposons pour le traitement des névroses ». En prophylaxie psychiatrique aussi, « il ne peut y avoir aucun doute que le point de vue psychanalytique doive être décisif en hygiène mentale ».

Telles sont les conclusions de ces deux volumes que terminent 120 pages d'indications bibliographiques (par noms d'auteurs et par matières) et qui ont été excellemment traduits par MM. M. Schlumberger, C. Pidoux, M. Cahen et M. Fain.

RENÉ CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique, 52^e année, 1952, Directeurs : Henri PIÉRON, Alfred FESSARD, Paul FRAISSE. Secrétaire de la direction : Vincent BLOCH. (2 fascicules, in 8°, 694 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1952).

Ce 52^e tome de l'*Année psychologique* est publié en deux fascicules contenant des mémoires originaux et des notes, des revues critiques et des analyses, ainsi que les actes de la Société française de psychologie.

Dans le premier fascicule, MM. Yves Galifret et Henri Piéron, dans un mémoire traitant du relèvement préadaptatif de la fraction différentielle aux luminances élevées, mettent en évidence par des faits expérimentaux le relèvement de la fraction différentielle aux fortes luminances pour les durées brèves de stimulation préalable. En dépit de la complexité des mécanismes psychophysiologiques en jeu, ils appuient l'hypothèse d'une constance de la valeur absolue de l'échelon différentiel de phanie et d'une courbe gaussienne de sensibilité sur une échelle logarithmique des luminances. M. P. Fraisse montre comment il a pu, expérimentalement, mettre en évidence la perception de la durée comme organisation du successif ; démonstration expérimentale du fait que la perception de la durée n'est autre que la perception d'une organisation. Exposant ses *études sur le langage mimique des sourds-muets*, M. Pierre Oléron donne tout d'abord, avec 60 figures, un intéressant mémoire sur leurs procédés d'expression. Signalons encore des notes de M. Henri Piéron sur les *déformations structurales dans la pensée scientifique*, puis de M. G. Durup, un *tableau du vocabulaire fondamental de la couleur* et, parmi les revues critiques, celles sur la neurophysiologie de la motricité, fonctionnement et rôle des propriocepteurs par M. A. Fessard, sur les contributions électro-encéphalographiques à l'étude de la motricité volontaire, par M. J. Paillard, une nouvelle revue annuelle de M. J. Segal des travaux sur la vision des couleurs, celle de M. E. Baumgardt sur le phosphène électrique comme moyen d'analyse des mécanismes de contraste et des illusions d'optique, et aussi un important exposé critique posthume, par la regrettée Madeleine Jampolsky, des théories et des expériences concernant l'apprentissage latent.

Le deuxième fascicule contient un travail de *M. Vincent Bloch* sur les nouveaux aspects de la *méthode psychogalvanique ou électrodermographique comme critère des tensions affectives*, des recherches de *M. Paul Fraisse* et *Mad. Madeleine Jampolsky* sur l'*induction rythmique des réactions psychogalvaniques et l'estimation de la durée*, et les résultats des expériences de *Mad. Geneviève Oléron* sur l'*influence de l'intensité d'un son sur l'estimation de sa durée apparente*. Suivent une note de *M. Henri Piéron* sur le *phénomène de l'audition atonale dans le sommeil léger*, et une importante mise au point par *M. Auguste Tournay* des recherches poursuivies depuis une trentaine d'années sur les *régulations sensitivo-sensorielles par propagation centrifuge*. Ce fascicule contient encore les revues critiques de *M. Henri Piéron* sur le *mécanisme de l'excitation thermique à la lumière des données actuelles*, de *M. J. Le Magnen* des travaux récents sur les *sensibilités chimiques*, de *M. Pierre Oléron* sur les déterminants biologiques, les aspects sociologiques, le développement et le fonctionnement de l'*intelligence*, de *N. Galifret-Granjon* sur l'évolution progressive des idées sur l'*apprentissage de la lecture et de l'écriture*, de *M. René Zazzo* sur les ouvrages de MM. R. Hubert, A. Bloch, R. Cousinet sur la *pédagogie et les théories de l'éducation*.

L'un et l'autre de ces deux fascicules contiennent comme chaque année de très nombreuses analyses de livres et de périodiques classées sous les rubriques suivantes : neurophysiologie et psychophysiologie, psychophysiologie des sensations, psychologie animale, psychologie générale, psychologie génétique, psychologie sociale, psychologie clinique et tests, psychologie différentielle et psychologie appliquée, psychopathologie. Une chronique des faits intéressant à divers titres la psychologie termine le deuxième fascicule. Un index des auteurs des travaux analysés et un index des sujets analysés facilitent la consultation des nombreux travaux présentés à ses lecteurs par cette très importante publication psychologique annuelle si légitimement appréciée.

R. C.

ASSISTANCE

Morbidité psychiatrique parmi la population civile en temps de guerre. (Psychiatric Morbidity among Civilians in Wartime), par Bent Borup SVENDSEN (d'Aarhus), (*Acta Jutlantica*, XXIV, supplementum A, 1 brochure, 164 pages, avec un appendice de tables et de graphiques, Ejnar Munksgaard, Copenhague 1952).

Après un chapitre historique rappelant les travaux antérieurs faits sur les fluctuations dans les admissions dans des établissements psychiatriques pendant un laps de temps de quelques années, l'auteur rapporte les résultats statistiques obtenus au Danemark pendant la dernière guerre et jusqu'en 1948. A ce propos est décrit le réseau danois de cliniques et d'hôpitaux pour malades mentaux. De nombreuses constatations sont possibles, parmi lesquelles l'abaissement du nombre des admissions pendant l'occupation allemande, sauf dans la dernière partie de celle-ci, où une augmentation fut notée chez les femmes. Cette plus grande fragilité de la femme se retrouve d'ailleurs si l'on considère l'évolution des suicides depuis cinquante ans. Les recherches actuelles de l'auteurs ont porté sur la période allant du 1^{er} janvier 1939 au 31 décembre 1948, soit environ 108.000 admis-

sions dans les divers établissements psychiatriques danois. Des comparaisons sont faites avec les travaux de Krapelin et de Bonhoeffer sur l'action de la guerre de 1914-1918 et sur les publications faites dans les diverses nations belligérantes au cours du dernier conflit. Importante bibliographie. Nombreux graphiques et tables statistiques dans l'appendice.

V.-J. DURAND.

La médecine en U. R. S. S., par M^{me} le Dr I. LAZARÉVITCH, *Préface* du Dr Jean PARAF (1 vol., 224 pages. Les Iles d'Or, édit., Paris, 1953).

Tableau de la médecine en U.R.S.S., selon la critique par l'auteur d'articles parus dans des publications soviétiques (journaux médicaux ou politiques) de comptes rendus de réunions de différents organismes, de circulaires administratives, rapports, etc. Nombreux chapitres consacrés aux divers aspects de la médecine et de la chirurgie, de l'organisation sanitaire hospitalière et rurale, de l'enseignement, etc...

Dans les deux premiers chapitres, après avoir résumé brièvement l'œuvre de Pavlov et relevé ses différentes interprétations, Mme I. Lazarévitch s'attache à dégager les incidences de ces variations sur la pratique et l'enseignement de la psychiatrie.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Organique et fonctionnel en neuropsychiatrie, par Paul GUIRAUD (de Paris). (*Encéphale*, Εγκεφαλος, Athènes, n° 4, décembre 1950, p. 213-224).

L'auteur, à propos d'articles de Vié, de Minkowski et de Disertori, reprend le délicat problème de l'opposition de l'organique et du fonctionnel en neuropsychiatrie. Rappelant les conceptions de Cullen, celles de Charcot, puis celles de Bernheim et de Babinski, il s'arrête plus longuement aux théories exposées par Disertori, qu'il critique. Admettant un monisme à double aspect, l'auteur pense que la conception de Disertori postule un dualisme substantiel véritable entre psyché et soma. L'opposition entre l'organique et le fonctionnel, adaptée à la doctrine de Babinski, basée elle-même sur un dualisme pratique, inaperçu de ses adeptes, doit être remplacée en psychiatrie par la notion de syndromes de conflit et par celle d'atteinte nerveuse réversible ou irréversible.

V.-J. DURAND.

L'agitation paresthésique nocturne des extrémités (L'agitazione parestesica notturna delle estremità), par Domenico CORBINO (de Livourne). (*Rivista di Neurologia*, vol. XX, fasc. 5, septembre-octobre 1950, p. 440-447).

Rappelant les caractéristiques du syndrome des « Restless legs » d'Ekbom, avec paresthésies nocturnes et impressions d'agacement dans les membres inférieurs, apaisées par la mobilisation des régions atteintes, l'auteur rapporte trois observations personnelles. Il montre l'efficacité des vaso-dilatateurs, faisant disparaître rapidement les troubles, ce qui permettrait de rattacher le syndrome à une perturbation du sympathique et de le rapprocher de la chirobrachialgie paresthésique nocturne de Froment.

V.-J. DURAND.

L'épilepsie de l'adulte. Examen clinique et indications des examens para-cliniques, par J. PECKER. (*Le bulletin médical*, 15 mars 1951).

L'épilepsie de l'adulte est plus souvent trompeuse dans son aspect que celle de l'enfant. La reconnaître devant un trouble psychique isolé, un trouble sensoriel mal expliqué par le malade, une argoïsse indéfinissable constitue une première difficulté. Plus souvent aussi que celle de l'enfant, l'épilepsie de l'adulte traduit une affection cérébrale évolutive et justiciable d'un traitement médical ou chirurgical qui n'est pas univoque. La notion « d'épilepsie essentielle » a vécu et, s'il est des cas dont l'étiologie nous échappe encore, il faut s'attacher, en mettant en œuvre tous les examens spéciaux, à diagnostiquer la tumeur cérébrale à son début clinique, la cicatrice épileptogène post-traumatique, l'angiome cérébral, etc...

L'auteur, après avoir montré les différents aspects que peut revêtir l'épilepsie, indique les examens spéciaux à entreprendre selon qu'il s'agit : 1° d'épilepsie ancienne non évolutive ; 2° d'épilepsie apparue récemment, sans antécédent particulier ; 3° de crises rares provoquées par des perturbations vaso-motrices chez un sujet ayant présenté une hémorragie méningée ; 4° de crises survenant un certain temps après un traumatisme crânien ; 5° de crises dont l'apparition constitue un élément de la forme pseudotumorale de nombreuses affections. Ce n'est qu'en dernière analyse qu'une épilepsie peut être considérée comme cryptogénique. Ce n'est qu'après avoir éliminé avec certitude l'existence d'une affection cérébrale curable (médicalement ou chirurgicalement), que se posera le problème d'un traitement symptomatique dirigé contre l'épilepsie elle-même. Et, en dehors des traitements médicamenteux, la chirurgie fonctionnelle qui vise à réparer des troubles de l'hydraulique céphalo-rachidienne répond à des indications bien précises et est susceptible d'amener des guérisons durables. Plus difficile est le problème de l'exérèse des foyers épileptogènes. Les indications de cette chirurgie d'exérèse paraissent limitées.

R. C.

Notions nouvelles concernant l'épilepsie, par Jean GUILLAUME, Gabriel MAZARS et Yvonne MAZARS. (*Le monde médical*, n° 968, mars-avril 1951, p. 235-245).

Certaines erreurs ont encore cours au sujet de l'épilepsie, les auteurs s'attachent à les combattre. Ils montrent qu'elle n'est qu'un symptôme de signi-

fication variable. Le critère des manifestations cliniques est de s'accompagner du tracé caractéristique de la « décharge épileptique » sur l'enregistrement électro-encéphalographique contemporain. Chez tout épileptique, il faut d'abord faire un diagnostic topographique par l'étude clinique des crises et par l'électro-encéphalographie. Il faut ensuite rechercher l'étiologie. Une origine tumorale est souvent méconnue. Les difficultés diagnostiques sont grandes. On doit enfin déterminer les facteurs déclenchants et familiaux. Les possibilités thérapeutiques ont été accrues depuis dix ans. Dans les cas de tumeur cérébrale, l'exérèse ne supprime pas toujours les crises. Dans les autres formes, on peut d'abord supprimer les facteurs déclenchants, mais surtout employer des médicaments anti-épileptiques : barbituriques gardant leurs indications, hydantoïnes et bromure de potassium seulement accessoires, benzédrine utilement associée aux barbituriques, diones agissant nettement sur les formes diencephaliques. Le traitement chirurgical s'adresse presque uniquement aux épilepsies focales corticales. L'unité anatomique d'une résection corticale de la zone épileptogène est représentée par la circonvolution. La corticographie est essentielle. Mais la méthode chirurgicale reste difficile.

V.-J. DURAND.

Des tendances névrotiques chez les épileptiques, par M. D. EYSENCK. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 13, n° 3, août 1958, p. 237).

L'auteur, en s'appuyant sur des tests, a recherché si les épileptiques idiopathiques présentaient des tendances névrotiques, c'est-à-dire s'ils étaient atteints d'instabilité émotive et s'ils n'avaient pas atteint leur complet développement mental (immaturité). Il ressort des conclusions que les épileptiques ont une prédisposition névrotique plus accusée que les sujets non épileptiques, que la tendance névrotique n'est pas une simple réaction à l'épilepsie puisqu'il n'y a aucun rapport entre la durée de leur maladie et le degré de leurs tendances névrotiques.

L. MARCHAND.

Rôle de l'hypnose pour différencier les crises épileptiques convulsives de celles qui les simulent, par D. B. PETERSON, J. W. SUMMER et G. A. JONES. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 428).

Le but de ce travail est de contribuer à la différenciation entre les crises d'épilepsie idiopathique et les crises psychogènes. Il est basé sur les observations de 65 cas de malades atteints de troubles convulsifs et qui ont été soumis à l'hypnose, qui ont subi des examens électro-encéphalographique et organique. Le résultat a été que 30 sujets étaient atteints d'épilepsie et 35 de crises psychogènes. Le pourcentage des sujets qui présentent des crises psychogènes et qui sont hypnotisables est bien plus grand que celui de la population générale. Les épileptiques durant l'hypnose sont incapables de rappeler les détails de leurs crises ; les sujets qui ont des crises psychogènes peuvent le faire. Ce procédé de diagnostic s'accorde avec les données des tracés électro-encéphalographiques qui, dans la majorité des cas, sont anormaux chez les épileptiques et normaux chez les sujets à crises psycho-

gènes. Les auteurs concluent que l'hypnose est un moyen puissant, utile et pratique de diagnostic.

L. MARCHAND.

Epilepsie myoclonique maligne familiale, par José SOLE-SAGARRA. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXIX, fasc. 1/2, Zurich, 1952).

A propos de deux observations personnelles, l'auteur apporte des données pour délimiter en pratique les formes bénigne et maligne des épilepsies myocloniques : l'épilepsie myoclonique bénigne ou sans substratum anatomique, qui correspond au petit mal épileptique, et l'épilepsie myoclonique maligne ou dégénérative, avec substratum anatomique précis.

Bien que plus fréquente dans les pays du Nord, l'épilepsie myoclonique d'Unverricht-Lundborg n'atteint pas exclusivement la race nordique. Son hérédité n'est pas toujours récessive. Les épilepsies myocloniques dégénératives devraient prendre place dans le groupe des atrophies systématisées du névraxe.

L. R.

Epilepsie giratoire, avec déviation de la tête et des yeux, signe isolé pendant 6 ans, d'un astrocytome frontal droit, par M. RISER, J. GÉRAUD, L. RIBAUT et M^{lle} S. LAVITRY. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 22 janvier 1951).

En 1944, chez un homme de 22 ans, crises comitiales débutant par une aura visuelle dans l'hémichamp gauche, suivie d'une déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche et d'un mouvement giratoire anti-horaire. Avant la perte de connaissance, mouvements cloniques dans le bras et la jambe gauche. Pendant six ans n'apparaît aucun signe en foyer. En septembre 1950, se constitue le syndrome frontal, et l'on peut localiser par l'électro-encéphalographie et l'artériographie une tumeur frontale droite, enlevée chirurgicalement (astrocytome).

Cette observation de latence de certains gliomes permet de discuter la valeur localisatrice de la déviation de la tête et des yeux, qui est ici en faveur de la théorie de Færster (partie antérieure de FA). On sait cependant que d'autres localisations hémisphériques peuvent donner cette déviation qui n'a donc pas une valeur localisatrice absolue.

L. R.

Gliome central simulant une encéphalite psychosique subaiguë, par M. RISER, L. GAYRAL et Léon GLEIZE. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 22 janvier 1951).

Observation d'une « tumeur cérébrale aiguë » ayant évolué en cinq semaines vers la mort, sans hypertension intra-cranienne, sous l'aspect d'un état confusionnel onirique avec début caractériel et au décours d'une fièvre de Malte : gros gliome astrocytaire compact de l'hémisphère gauche.

L. R.

Les troubles psychiques dans les néoformations intracrâniennes, par Robert MARTY. (*L'encéphale*, 1952, n° 5).

Revue générale (et importante bibliographie) des manifestations psychiques au cours des néoformations intracrâniennes, dans laquelle l'auteur souligne les difficultés du diagnostic étiologique.

R. C.

Complications neurologiques et psychiatriques de la mononucléose infectieuse (fièvre ganglionnaire de Pfeiffer) et contribution au diagnostic différentiel de la méningite lymphocytaire, de la méningite séreuse et de la méningo-encéphalite, par J. J. G. PRICK (de Nimègue) et L.-M. DE SONNAVILLE (de Beuningen). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, février 1953).

Après une introduction générale sur la mononucléose, les auteurs, résumant les cas antérieurement publiés et leurs observations personnelles concluent que la mononucléose infectieuse est une maladie à virus, septicémie virulente pouvant présenter toutes sortes de localisations, les phénomènes neurologiques et psychiques observés étant la traduction d'une localisation du virus dans le système nerveux central ou périphérique ou dans les deux. Au cours d'une épidémie, plus de 300 malades ont été observés.

Les troubles psychiques, accompagnant en général les signes neurologiques, sont cependant survenus parfois sans qu'il existe de symptômes neurologiques. Le plus fréquemment, ces troubles ont consisté en faiblesse de concentration, mémoire courte, fatigue mentale, tendance dépressive ; quelquefois, angoisse vague alternant avec de l'euphorie, troubles passagers du caractère. On nota surtout de l'irritabilité, de l'adaptation défectueuse et une attitude paranoïde à l'égard de l'entourage. Une seule fois fut constaté un état délirant.

Ce mémoire se termine par une discussion du diagnostic différentiel de la mononucléose infectieuse avec d'autres affections du système nerveux.

R. C.

Fonction du lobe frontal (Frontal Lobe function), par J. S. B. LINDSAY (de Dunedin N. Z.). (*The British Journal of Medical Psychology*, XXIII, n° 3-4, 1950, p. 206-212).

L'auteur rappelle rapidement les principales discussions qui se sont élevées à propos des fonctions du lobe frontal et examine successivement les conceptions de Brickner, de Freeman et Watts, de Goldstein et Katz. Montrant que les travaux de Jackson, confirmés par les plus récentes observations neuro-physiologiques ont établi que l'émotion est une fonction du lobe frontal, l'auteur examine le problème d'un point de vue assez mécaniste. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Ataxie cérébelleuse chronique précédée de troubles graves du caractère ayant nécessité une topectomie, par Léon MICHAUX, M^{lle} TEYSSÈRE et D. BONNET, (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 13 mars 1951).

Chez un enfant de 11 ans, débile mental et moteur, surviennent des troubles graves du caractère (agressivité, tentatives de suicide). Six mois après,

se constitue un syndrome neurologique avant tout cérébelleux (grande ataxie, hypotonie, dysmétrie), accessoirement pyramidal et labyrinthique. L'accentuation des troubles du caractère nécessite une topectomie qui atténue l'agressivité. Aggravation persistante des troubles cérébelleux. Les auteurs éliminent une héréditaire-ataxie cérébelleuse et concluent à une encéphalopathie cérébello-pyramidale et psychosique.

R. C.

Une forte épidémie d'encéphalite, par V. A. KRAL (de Prague). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Description d'une maladie infectieuse aiguë du système nerveux central à caractère épidémique et forte contagiosité observée surtout chez les jeunes femmes d'un camp de juifs à Terezin, de 1943 à la libération en 1945. Incubation de dix à douze jours. Tableau clinique variable : somnolence, ophtalmoplégie, symptomatologie cérébelleuse ou une variété intermédiaire à symptômes peu marqués. Evolution en général bénigne ; mortalité : 0,9 % ; presque toujours guérison intégrale. Séquelles dans de rares cas, sous forme de symptômes pseudo-neurasthéniques comme dans l'encéphalite d'Economo. Dans les seuls trois cas mortels sur 978, on trouve une hyperémie sur œdème du cerveau et dans un cas une infiltration cellulaire périvasculaire. L'épidémiologie et l'évolution parlent en faveur d'un virus différent de celui de l'encéphalite épidémique d'Economo.

H. BERSOT.

Les troubles du schéma corporel dans l'encéphalopathie traumatique, avec quelques remarques sur la pathogénie des hallucinations visuelles, par G. DE MORSIER et H. FELDMANN (de Genève). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Zurich, 1952, vol. LXX, fasc. 1).

Les auteurs attirent l'attention sur les troubles du schéma corporel au cours de l'encéphalite traumatique et en rapportent six observations personnelles. Ils signalent les rapports des troubles du schéma corporel avec les troubles de la vision et les mouvements forcés dont, à leur avis, sont également responsables les altérations du diencéphale. Quelques remarques sur les hypothèses émises à propos de la pathogénie des hallucinations visuelles terminent cet exposé.

L. R.

Le problème de l'agnosie des physionomies, par H. HÉCAEN, J. DE AJURIAGUERRA, C. MAGIS et R. ANGELERGUES. (*L'encéphale*, 1952, n° 4).

À propos de deux observations, les auteurs étudient cette forme sélective des troubles de la reconnaissance et isolent une variété métamorphopsique dans laquelle ils mettent en lumière le rôle des perturbations vestibulaires. Ils font remarquer que la limitation de la déformation aux visages humains permet de penser à l'intervention d'un facteur somatognosique. Les variations observées d'un cas à l'autre pourraient tenir à des degrés divers d'intensité des diverses perturbations optiques, vestibulaires et somatognosiques.

R. C.

Un cas de syndrome de Laurence-Moon-Biedl (Un caso de síndrome de Laurence-Moon-Biedl), par J. O. IRELLIES, E. MENDIZABAL et E. R. VALDIVIA. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, T. XIII, n° 3, septembre 1950, p. 431-441).

A propos d'un cas personnel chez une jeune fille de 29 ans avec adiposité, polydactylie, cécité par rétinite pigmentaire, débilité mentale, les auteurs font une révision du syndrome de Laurence-Moon-Biedl, montrant les difficultés des problèmes de l'étiopathogénie et de l'anatomie pathologique. Deux photographies.

V.-J. DURAND.

Complément à l'étude de la réaction motrice de retrait à une chaleur désagréable chez des sujets avant et après la lobotomie frontale, par A. S. ROSE, H. S. SOLOMON et W. P. CHAPMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 3, septembre 1950 p. 221).

Pour apprécier l'intensité de chaleur qui entraîne une réaction motrice de retrait, les auteurs se sont servis d'un appareil spécial permettant de calculer le degré de chaleur sur le front, qui est nécessaire pour que le malade retire la tête de l'appareil ou fasse la grimace. Durant les deux années qui suivent la lobotomie, les sujets sont plus sensibles au désagrément causé par une chaleur exagérée qu'avant la lobotomie ; après la deuxième année, cette sensibilité diminue et revient à ce qu'elle était avant la lobotomie. Chez un sujet lobotomisé pour douleurs irréductibles dans le territoire du trijumeau, la réaction à la chaleur resta diminuée pendant deux ans.

L. MARCHAND.

Un cas de tétanos céphalique de Rose, par RICHARD, CERNEA et NESPOULOUS. (*Bull. de la Société de stomatologie de France*, séance du 20 février 1951).

A propos d'un cas de tétanos céphalique de Rose, les auteurs soulignent la bénignité habituelle des tétanos dont le diagnostic incombe aux stomatologistes et la difficulté du diagnostic lorsque le trismus est isolé. En présence de tout trismus dont la cause n'est pas évidente, penser au tétanos.

R. C.

PSYCHOLOGIE

A la recherche de la psychologie, par E. MINKOWSKI, (*Revue internationale de philosophie*, n° 22, 1952, fasc. 4).

Dans cette conférence à la Société belge de philosophie (12 janvier 1952), inspirée du désir du plus grand rapprochement possible avec la réalité vécue dans son dynamisme et dans ses caractères essentiels primitifs, M. Eug. Minkowski précise son idée d'une psychologie générale de la personne humaine ayant pour objet le cadre dans lequel vient nécessairement s'insérer tout phénomène psychique, cadre qui a trait à la structure générale de la vie.

Dans ces pages, qui se relient à l'œuvre antérieure de l'auteur et où l'on retrouve son souci du sens profond des mots, de la différenciation de mots souvent pris les uns pour les autres, de serrer ainsi de plus près, de façon plus immédiate, la réalité vécue, M. Eug. Minkowski, envisageant le problème du conscient, en discute ces spécifications que sont le champ de la conscience et l'obnubilation de la conscience, états crépusculaires ou états de confusion mentale. Il se demande si le conscient et l'inconscient « à eux deux, sont capables d'épuiser notre vie mentale ». A l'inconscient-conflit, il oppose l'inconscient-source. A l'affectivité-conflit, il oppose l'affectivité-contact, dans laquelle le terme affectivité trouve tout son sens.

A la création d'un cadre commun, objet possible d'une psychologie générale et qui prendrait la tête de toute étude ayant trait à la réalité psychique, ferait suite l'étude des structures de notre vie mentale, chacune d'elles étant caractérisée par un trait fondamental (le caractère opposé à ce trait révélant aussi ses attributs propres). De ces tranches de vie mentale l'auteur rapproche les trois types (rationnel, syntone, sensoriel), issus de notions psychiatriques et adoptés par la typologie constitutionnelle contemporaine.

R. C.

La psychologie à l'Université de Harvard (La Psicología en la universidad de Harvard), par JOSÉ GERMAIN et MARIANO YELA. (*Revista de Psicología general y aplicada*, Madrid, vol. V, n° 13, janvier-mars 1950, p. 117-137).

Les auteurs décrivent de façon intéressante l'organisation de l'enseignement des sciences psychologiques à l'Université de Harvard. Après des rappels historiques, particulièrement sur le rôle de William James, sont montrées les directives générales des cours d'Edwin G. Baring, professeur de psychologie à tendances mécanistes et de Gordon W. Allport, professeur de psychologie des relations sociales, à conceptions plus humanistes et pluralistes. Des plans et photographies illustrent l'article.

V.-J. DURAND.

Les démons du sommeil (Los demonios del sueño), par Jolande JACOB (de Zürich). (*Revista de Psicología general y aplicada*, Madrid, vol. V, n° 15, juillet-septembre 1950, p. 491-503).

Dans une intéressante étude historique, l'auteur rappelle les conceptions diverses formulées au cours des âges au sujet des cauchemars. Croyances helléniques, médiévales, orientales, superstitions populaires, explications scientifiques, théories psychanalytiques sont rappelées. Sept reproductions de gravures anciennes illustrent l'exposé.

V.-J. DURAND.

Définition des concepts psychologiques fondamentaux (Definición de los conceptos psicologicos fundamentales), par MIRA Y LOPEZ. (*Neurobiologia, Recife*, T. XIII, n° 2, juin 1950, p. 95-102).

Le vocabulaire psychologique est souvent assez imprécis. L'auteur indique quelques définitions concernant des termes employés couramment : orga-

nisme et personne, ambiance et monde, tempérament et caractère, constitution et individualité, figure et personnalité, fonction et processus, situation et réponse.

V.-J. DURAND.

Sur la relation entre l'intelligence et le caractère, par Richard MEILL. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. XI, n° 3, Berne, 1952).

L'auteur rappelle les influences diverses du caractère et de l'affectivité sur les processus intellectuels. Intelligence et caractère se présentent comme deux aspects du comportement dépendant de facteurs innés communs. Sous l'influence d'expériences diverses, au cours de l'évolution individuelle, se constituent des organisations psychiques particulières qui soulignent la forme spécifique des phénomènes intellectuels et caractériels.

L. R.

Normes aperceptives pour le test d'aperception thématique (Normas aperceptivas para el test de apercepcion tematica), par Saul ROSENZWEIG (de Saint-Louis U.S.A.) et Edith E. FLEMING (de Pittsburg U.S.A.). (*Revista de Psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. V, n° 15, juillet-septembre 1950, p. 459-490).

La notion de normalité est particulièrement difficile à préciser dans le cas de test de projection. Pour celui de Murray, on peut distinguer un type aperceptif et un type thématique de normalité. S'appuyant sur une recherche effectuée sur 100 sujets (50 de chaque sexe), mentalement normaux, d'un niveau intellectuel au-dessus de la moyenne, les auteurs cherchent à établir, pour une série de tableaux, les fréquences relatives des diverses réponses, ainsi que les temps de réaction, le temps total, le nombre de mots des réponses et l'influence du sexe.

V.-J. DURAND.

Contribution à une étude critique des tests de projection, par G. SNYDERS. (*Enfance*, janvier-février 1952).

L'auteur considère les différents postulats exigés par le Rorschach et le T.A.T. : la structure profonde des attitudes du sujet est identique devant les planches et devant la vie ; le sujet porte en lui une certaine attitude devant l'opposition, quelles que soient les circonstances ; seules, les tendances intérieures sont réelles ; dans les tests, le sujet se trouve devant une situation qui le laisse désarmé et l'on étudie sa réponse immédiate, donc on donne plus d'importance à l'impulsion qu'à l'intelligence. La deuxième partie de cet article évoque l'homme tel que le livrent les tests : le T.A.T. nous donne « l'homme instinctif en proie à son affectivité », le Rorschach livre l'affectivité « dans son aspect de choc brut ». Donc, opposition entre l'affectivité spontanée et la pensée disciplinée, entre le psychisme et le monde objectif. L'auteur reproche ensuite aux planches du T.A.T. d'inciter à des interprétations sexuelles et non à tout ce qui a trait au métier, au monde objectif. En résumé, les tests placeraient le sujet dans une situation d'angoisse et n'étudieraient que l'expression des pulsions intérieures, lais-

sant de côté les réactions devant une situation normale et objective. L'auteur termine en considérant l'application purement politique des tests.

D. JOYEUX-QUERCY.

Influence du milieu sur les individus décelée par le test d'arbres, par R. SROGA. (*Enfance*, septembre-octobre 1952).

Le test consiste à dessiner un arbre sur une feuille blanche, puis un second arbre sur une deuxième feuille. On examine surtout le tronc, la centration par rapport à une verticale passant par le milieu du tronc, le niveau du premier dessin par rapport au deuxième. Expérimentalement, le premier arbre s'est avéré indiquer le comportement du sujet devant le milieu extérieur, contrairement au milieu familial ou proche représenté par le deuxième arbre. L'étude approfondie des dessins de quatre groupes d'enfants pris dans quatre milieux différents, puis l'étude des éducateurs de ces quatre groupes, a montré que le test donnait un aperçu de l'éducateur ; il a montré en outre l'influence de la personnalité des éducateurs sur chaque groupe, la gêne du développement de l'enfant si l'éducateur est rigide, le danger d'une autorité criarde mais faible, le bon résultat d'une activité orientée sur des buts concrets et créant des liens entre les enfants.

D. JOYEUX-QUERCY.

Coordination de données sur le psychodiagnostic myokinétique de Mira y Lopez (Coordenação de dados sobre o psicodiagnostico miocinetico de Mira y Lopez), par Cinira Miranda DE MENEZES. (*Neurobiologia, Recife*, T. XIII, n° 2, juin 1950, p. 125-175).

L'auteur présente, de façon méthodique, les données essentielles concernant le test myokinétique de Mira y Lopez, depuis les fondements de l'épreuve et l'historique, jusqu'à la technique d'application et aux modes d'interprétation. Des faits statistiques sont rapportés, ainsi que les caractéristiques des personnalités psychopathiques. De nombreux exemples démonstratifs illustrent l'exposé.

V.-J. DURAND.

Psychométrie et éducation (Psicometria y Educacion), par Gregorio B. PALACIN (de Miami). (*Psiquis. Revista Mexicana de Psicologia y de Salud Mental*, novembre-décembre 1950, p. 112-130).

L'auteur rappelle, de façon très didactique, l'essentiel des rapports de la psychométrie et des problèmes de l'éducation avec évolution historique de la question, classification des épreuves mentales et des tests. L'intérêt certain des recherches psychométriques est bien mis en évidence ; mais aussi la valeur parfois relative et le caractère parfois conjectural des conclusions qu'elles permettent sont soulignés.

V.-J. DURAND.

Nouveaux livres de calcul pour les classes de perfectionnement et les écoles (Neue Rechenbücher für Hilfs-Klassen und Anstaltsschulen), par E. BLEULER. (*Pro Infirmis*, Zürich, IX^e année, n° 4, 1^{er} octobre 1950, p. 108-109).

La Suisse a adopté un manuel d'arithmétique pour les enfants, retardés ou non. Comprenant six à sept cahiers, cet ouvrage vise d'abord à l'acqui-

sition des concepts arithmétiques par le maniement des objets, avant d'arriver aux notions de nombres indéterminés ou déterminés, puis au mécanisme des opérations exposé de façon progressive et soigneusement graduée.

V.-J. DURAND.

Le sens de la symétrie chez les enfants, par Georgette RABAM.
(*Enfance*, janvier-février 1952).

L'auteur étudie la symétrie graphique et non corporelle chez 130 enfants de 4 à 12 ans. L'enfant commence par recopier des dessins symétriques, puis dessine les symétriques d'un modèle, ensuite le symétrique d'un dessin ôté avant exécution ; enfin, il exécute un dessin et son symétrique comme il lui plaît. Au-dessous de 4 ans : échec total. A 4 ans : 1/3 d'échecs, 1/3 de réussite partielle, 1/3 de réussite. Ensuite, la réussite est de règle. L'auteur étudie alors la position des deux dessins du couple, le choix de l'emplacement du premier dessin, l'influence des éléments de symétrie (anse de la tasse), généralement placés vers l'axe. Les obliques, ramenées à l'horizontale ou la verticale par les petits, sont réussies à 10 ans, puis accusent un fléchissement. Il y a souvent conflit entre la symétrie et l'influence du modèle ou du premier dessin exécuté.

D. JOYEUX-QUERCY.

Facteurs et processus d'adaptation en maison d'enfants, par H. SANTUCCI et R. COMMIN. (*Enfance*, septembre-octobre 1952).

Les auteurs exposent les résultats obtenus en dix-huit mois en étudiant les phases de réadaptation d'enfants placés à l'Institut médico-psychologique de La Meyotte. Ils ont utilisé les épreuves psychologiques courantes : Binet-Simon, Terman, Kohn, qui, faits à plusieurs reprises, ont montré des progrès chez la plupart des enfants. Ils ont ensuite soumis les enfants à des questionnaires sociométriques à trois reprises. Les auteurs exposent les résultats donnés par les deux questions : Si tu formais un groupe, quels enfants de la Maison prendrais-tu ; lesquels rejetterais-tu ? Ils notent que l'éventail des choix est beaucoup plus étendu que celui des rejets, que peu de sujets recueillent un nombre important de voix, que tous choisissent ou rejettent aussi bien à l'intérieur de leur groupe scolaire que dans les autres ; plus ce groupe est homogène, dirigé par un éducateur qui ne change pas en cours d'année, moins ce groupe regarde vers les autres et plus il attire le choix des autres, et les trois sondages seront identiques. Les plus grands choisissent et rejettent moins que les petits. Il est bon que les enfants restent un certain temps dans le centre, mais, au delà de 12 ans, un séjour prolongé ne semble pas favorable ; ils sont rejetés dans le choix des autres. Enfin, les auteurs étudient la courbe de chaque enfant pour les choix ou les rejets qu'il a subis. L'enfant rejeté n'est pas adapté ; si les rejets diminuent, il s'adapte ; s'il est de plus en plus choisi, il est adapté et peut parvenir au rôle de chef. De nombreux graphiques accompagnent ces recherches que les auteurs poursuivront.

D. JOYEUX-QUERCY.

Facteur humain ou facteur social du travail (Fattore umano o fattore sociale del lavoro), par Fr. Agostino GEMELLI (de Milan). (*Rivista Internazionale di Scienze sociali*, Milan, XXII, fasc. 5, septembre-octobre 1950, p. 423-441).

Montrant à quels excès étaient arrivés les fervents du taylorisme et quel degré d'inhumanité peut atteindre le travail industriel, l'auteur s'appuie sur une étude largement compréhensive des besoins et des aspirations du travailleur et rappelle les conclusions à tirer des travaux anglo-saxons faits pendant la dernière guerre et dans la période de réadaptation des « vétérans ». Le psychologue moderne doit envisager les problèmes du travail sur le plan social et le travail comme une fonction sociale. Il est nécessaire d'étudier l'homme dans ses relations avec autrui et de considérer son activité en qualité de membre d'une société. La solution du problème doit être cherchée sur les plans social et international.

V.-J. DURAND.

La fonction du rythme dans le travail en série (La funzione del ritmo nel lavoro in serie), par Léon WALTER (de Fribourg, Suisse). (*Archivio di psicologia, Neurologia e Psichiatria*, XII^e année, fasc. 1, février 1951, p. 23-34).

La loi du rythme ayant une valeur universelle, le rythme doit avoir aussi une place importante dans l'activité humaine. En utilisant ce principe, on peut réduire le temps d'entraînement de plusieurs semaines à quelques jours. Il est, pour cela, nécessaire de trouver une adaptation rationnelle de la position du travailleur et aussi du matériel de travail à ses aptitudes psycho-physiologiques. Par l'adaptation à un rythme rationnel, le travail d'usine peut se transformer en une activité automatique, mais agréable, avec augmentation de la production. L'analyse des aptitudes permet de former des groupes de travailleurs homogènes et d'établir un rythme très productif dans le travail en série.

V.-J. DURAND.

Le type tourné vers le travail et le type tourné vers la vie. (Il tipo rivolto al lavoro e il tipo rivolto alla vita), par M^{me} Franziska BAUMGARTEN. (*Tecnica ed organizzazioni*, Florence, novembre 1950, p. 3-8).

Au point de vue de l'orientation professionnelle, il peut être intéressant d'opposer un type tourné vers le travail à un type tourné vers la vie. Pour le premier, le travail est le but de la vie, son accomplissement amène une joie créatrice, l'œuvre apparaît au-dessus de l'homme, le travail est fait consciencieusement, les relations sociales sont réduites. Pour le second, au contraire, le but de la vie est la recherche du plaisir, au jour le jour, le travail ne constituant qu'une charge, accomplie souvent avec moins d'application qu'il ne conviendrait, les relations sociales sont développées. On peut dire que le premier jouit de son œuvre, le second de son existence. Un moyen commode de faire la distinction de ces types est l'emploi des « Katalogtests » de Tramer. Le sujet est invité à choisir 10 titres de livres sur un catalogue de 430 ouvrages classés dans un ordre arbitraire.

V.-J. DURAND.

Le système des partenaires, par M^{me} F. BAUMGARTEN (de Berne). (*Hommes et techniques*, avril 1951, p. 21-24).

La vie professionnelle offre de nombreux exemples de relations de partenaires (maître-élève, vendeurs-acheteurs, médecin-malade, chef-employés, etc...). On peut distinguer partenaire individuel et partenaire collectif. L'auteur montre la complexité des relations entre partenaires dans de nombreux cas, étudie l'action partenaire à deux fronts, fréquente dans les professions commerciales, décrit les actions réciproques entre partenaires et l'adaptation au milieu. Certaines règles permettent d'obtenir un bon système partenaire : accommodation absolue d'un partenaire à l'autre ou concessions réciproques. La connaissance de ces problèmes permet d'utiles applications en psychologie professionnelle.

V.-J. DURAND.

Sur la « Mandalaform » de l'image linéaire Yantra, par Heinz AHLENSTIEL et Reinhard KAUFFMANN. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. X, n° 3, Berne, 1952).

Description d'une image intérieure apparentée à l'hallucination, pendant occidental de la notion de Yantra (image linéaire symétrique) développée par Zimmer au point de vue génétique-psychologique.

L'image Yantra apparaît dans un état d'extase profonde, ressemblant au Nirvana — image colorée, en deux dimensions, de forme linéaire — géométrique, dépourvue de contenu, sans détermination conceptuelle possible, ressentie comme l'expression adéquate de l'état de transe, et qui a son origine dans une tendance à la structuration d'origine somatique, de nature synesthésique ou présymbolique, plutôt que symbolique.

Le Yantra est précédé d'une succession de formes préyantra colorées, également géométriques.

Comparant le Yantra au Mandala, les auteurs le considèrent comme un concept plus restreint mais il est possible de rencontrer une structure géométrique Yantra dans un Mandala.

L. R.

ANATOMIE

Contribution expérimentale à l'étude de la projection centrale de la rétine dans les couches optiques, par K. AKERT (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

L'auteur décrit les voies optiques d'un poisson vorace (*salmo iridens*) possédant une organisation optimale de l'appareil visuel : la rétine est en connexion principalement avec la couche optique contralatérale, secondairement avec le corps géniculé contralatéral et le tegmentum. Après avoir provoqué des lésions circonscrites de la rétine, il suit le trajet des fibres visuelles préterminales, depuis leurs cellules d'origine rétinienne jusque dans les couches optiques. M. Akert relève la concordance étroite de ses découvertes avec celles de Lubsen chez un autre poisson (*Ienciscus rutilus*), également pourvu d'un appareil visuel bien développé. Il recherche enfin,

par des excitations électriques, comment l'organisation des mécanismes moteurs est en relation avec l'ordonnance topographique de la projection centrale de la rétine et du champ visuel. Plusieurs clichés et schémas illustrent son exposé.

H. BERSOT.

Contribution à l'étude des noyaux tubériens latéraux de l'homme, par Jean REY BELLET. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXX, fasc. 1, Zurich, 1952).

De cette étude des noyaux tubériens latéraux dans une série de 12 cas, l'auteur dégage leur forme, variable, en général allongée, le long du bord externe du *tuber cinereum*, le nombre variable de leurs noyaux (1 à 8), leur volume moyen (3 mm³) et le nombre de leurs cellules (autour de 70.000). N'ayant pu établir une localisation fonctionnelle précise, l'auteur considère que les hypothèses les plus probables sont celle d'un centre sexuel et celle d'un centre végétatif en rapport avec les centres supérieurs.

L. R.

Structure anatomique et fonctionnelle du centre respiratoire, par Oscar A. M. Wyss (de Genève). (*Archivio Internazionale di Studi Neurologici*, vol. 1, Fasc. 2, décembre 1950, p. 1-25).

Au terme d'une étude détaillée, l'auteur peut conclure à l'existence d'un centre inspireur dans le noyau ventral de la substance réticulée bulbaire, purement tonique, dont le fonctionnement phasique s'effectue par trois mécanismes inhibiteurs agissant périodiquement sur les neurones du centre inspireur. Ces mécanismes répondent :

1° au centre expirateur situé dans les zones dorso-latérales du réticulum;

2° à un centre supérieur pontique « pneumotactique » ;

3° à la composante inhibitrice du système réflexe vagal (le nerf pneumogastrique est mis en jeu par la distension des poumons).

Toute activité du centre respiratoire se rapporte à celle du centre inspireur autonome. C'est là l'origine de l'innervation efférente qui, en s'imposant aux centres effecteurs, permet la coordination motrice des mouvements respiratoires. Très riche bibliographie remontant aux classiques travaux de Le Gallois. Figures anatomiques.

V.-J. DURAND.

Contribution à la topographie des artères du cervelet. Cours anormal de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure, par Fridolin LANDOLT (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

L'auteur décrit trois cas de départ anormalement bas situé de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure. L'artère part de la vertébrale, au niveau du bord inférieur du trou occipital. De là, elle parvient à la face inférieure du cervelet, après avoir serpenté à travers le IV^e ventricule, où l'on ne trouve normalement pas de vaisseaux. La ponction occipitale peut, dans ces cas — l'auteur a trouvé ses trois cas parmi treize cas autopsiés — être la cause de dangereuses hémorragies.

H. BERSOT.

Méthodes nouvelles applicables à l'étude histologique du lobe antérieur de l'hypophyse, par M. HERLANT. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1950, tenue à l'hôpital Saint-Pierre, à Louvain).

Par la méthode de Mac Manus, qui met spécifiquement en évidence les polysaccharides et les muco-protéines, on colore d'une manière élective au niveau de l'hypophyse les granulations des cellules basophiles et la colloïde. On peut suivre, de cette manière, la formation de la colloïde intravésiculaire à partir des cellules, principalement des éléments chromophobes. De plus, on peut mettre en évidence une colloïde chimiquement distincte de la précédente dans les sinusoides des glandes actives.

La méthode des empreintes des cellules hypophysaires sans fixation préalable se prête tout particulièrement à l'étude histo-chimique des granulations basophiles et de la colloïde. Cette étude démontre que seules les granulations des cellules basophiles présentent les mêmes propriétés que les hormones hypophysaires contenant des polysaccharides et en particulier que le facteur de stimulation folliculaire.

R. C.

Application de la méthode histo-photométrique à l'étude des cellules basophiles de l'hypophyse, par M. HERLANT et L. LISON (de Bruxelles). (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 25 janvier 1951).

Les auteurs ont mis au point une méthode histo-photométrique pour l'étude des cellules basophiles de l'hypophyse. L'un d'eux (M. Herlant) a montré précédemment que les granulations basophiles se coloraient d'une manière élective par la méthode de P.A.S. Cette propriété décèle la présence de mucoprotéines qu'on est en droit d'identifier avec les gonadotrophines. Dans l'espèce humaine en particulier, il se produit un accroissement très net de la réaction au niveau des cellules basophiles avec l'âge. La méthode histophotométrique confirme entièrement cette constatation et permet d'apprécier d'une manière quantitative l'évolution du phénomène. L'accroissement des gonadotrophines au niveau des cellules basophiles varie du simple au triple de la naissance à la vieillesse.

R. C.

Dysgénésie nodulaire disséminée de l'écorce frontale, par F. MOREL et E. WILDI. (*Revue neurologique*, 1952, 2^e s. mestre, n^o 3).

Anomalie de développement de l'écorce frontale, la dysgénésie nodulaire n'est pas un état malformatif du seul système nerveux central mais un état associé dans la plupart des cas à d'autres malformations viscérales, cutanées, vasculaires, traduisant un trouble dysontogénétique profond des feuillets embryonnaires, notamment du mésenchyme angéropoïétique. Les nodules sont des anomalies circonscrites dans leurs limites individuelles comme dans leur topographie.

L. R.

Lésion vasculaire unilatérale du cerveau à la suite du traitement par l'électro-choc, par L. HALPERN, J. ROZANSKI et E. LIBAN (de Jérusalem). (*Revue neurologique*, 1952, 2^e semestre, n° 3).

Les auteurs, qui ont déjà présenté un cas semblable, rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de mort provoqué par l'électro-choc et conditionné par une lésion vasculaire du cerveau. La mort survint après un traitement non convulsif.

L. R.

Anatomie pathologique de l'encéphalopathie saturnine, par Edwin GROGG (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Description clinique et anatomo-pathologique de deux cas. Symptomatologie rappelant la paralysie spinale ou la sclérose en plaques avec grande et rapide variabilité ; évolution progressive. Au point de vue histologique : foyers de prolifération gliomateuse disséminés ou en amas ; infiltrations cellulaires périvasculaires ; petites hémorragies dans la substance blanche, leptoméningite, névrites périphériques. Dégénérescence des cellules nerveuses de la substance grise dans les cas graves ou aigus. Quelques photographies microscopiques.

H. BERSOT.

L'imprégnation argentique du système nerveux périphérique ; l'appareil métaterminal de A. Weber et ses variations, par Y. A. BAUMANN (de Genève). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 7, fasc. 2, avril 1951, p. 109-114).

La méthode d'imprégnation argentique perfectionnée par A. Weber permet un examen plus précis du système nerveux périphérique, en conservant aux différentes fibres une teinte et un calibre spéciaux et en respectant l'infrastructure micellaire. On peut décrire au delà des corpuscules qu'on considèrait comme des terminaisons nerveuses un appareil métaterminal, véritable extrémité de la fibre nerveuse et synapse établissant un contact morphologique. Cet appareil semble en remaniement rythmique continu, se détruisant et se reformant constamment. Microphotographies.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE

Coproporphyrinurie. Protoporphyrine libre globulaire et intoxication saturnine, par H. BÉNARD, P. RAMBERT, A. GADJOS, M^{me} GADJOS et M. MALVEZIN. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 23 juin 1950).

La porphyrinurie est un trouble constant de l'intoxication saturnine. Elle peut précéder les autres signes biologiques. Dans un cas personnel de coliques de plomb, elle existait alors que la plombémie était normale. Les auteurs ont constaté une élévation considérable, persistant pendant plu-

sieurs semaines après la suppression du toxique, de coproporphyrine 3 dans les urines et de protoporphyrine libre globulaire. Ils discutent l'origine de ces substances et leur rapport avec l'intoxication saturnine.

R. C.

Confirmation de la réaction de Rosenow anticorps-antigène dans l'épilepsie idiopathique, par E. A. BERING (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 14, n° 3, août 1951).

Rosenow a isolé une espèce de streptocoque alpha du nasopharynx de sujets atteints d'épilepsie idiopathique, de sclérose multiple, de schizophrénie, de migraine, et a préparé pour chacune de ces affections des anticorps spécifiques. L'injection intradermique de ces anticorps produit une plaque érythémateuse ; la réaction est considérée comme positive quand la plaque atteint une étendue de plus de 5 cm². Pour vérifier les travaux de Rosenow, Bering a soumis 117 sujets atteints d'épilepsie idiopathique au test « épilepsie-anticorps ». Il trouve 78 % de résultats positifs chez les épileptiques et 6,7 % chez les sujets de contrôle. Chez les épileptiques dont la réaction était négative, les électro-encéphalogrammes étaient normaux, les crises ne s'étaient pas reproduites depuis plus d'un mois. A noter que, chez les personnes non épileptiques vivant avec les épileptiques, les réactions positives étaient plus nombreuses que chez les sujets de contrôle. L'auteur conclut prudemment qu'aucun rapport entre la réaction et la maladie ne peut être mis en évidence d'après son travail. Pour Rosenow, la positivité de la réaction indiquerait une sensibilisation du cerveau par l'antigène spécifique.

L. MARCHAND.

Fluctuations du pouvoir lipolytique du sérum chez les malades atteints de sclérose en plaques, par Ivan LESNY et Léo POLACEK avec la collaboration technique de V. EICHLER (de Prague). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, septembre 1951).

Observations de 28 cas de sclérose en plaques dans lesquels a été relevé tous les quinze jours, dans le sérum, le taux de lipases sériques. De ces observations, les auteurs concluent qu'il existe une relation régulière entre le taux des lipases sériques et l'évolution de la sclérose en plaques. Le niveau des lipases serait ainsi un bon critère de l'efficacité des méthodes thérapeutiques. Il pourrait aussi, dans certains cas, éclairer le pronostic.

R. C.

La courbe paralytique dans le liquide céphalo-rachidien de la sclérose en plaques, par Hans BRENN (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1949, vol. 63, p. 114).

La sclérose en plaques est la maladie qui, la paralysie générale mise à part, présente le plus fort pourcentage de courbes paralytiques. Existe-t-il quelque corrélation entre cette courbe particulière des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien et l'aspect clinique de la maladie ? Examinant 30 scléroses en plaques avec courbe paralytique et 30 sans courbe paralytique, l'auteur arrive à une conclusion négative et pense que plusieurs

facteurs contradictoires conditionnent l'apparition énigmatique de cette courbe. Il semble toutefois qu'elle soit plus fréquente dans les cas présentant de longues rémissions.

H. BERSOT.

Le dosage des chlorures du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic et la conduite du traitement des méningites tuberculeuses, par Jean TAPIE, Jacques MONNIER, A. DELAUDE et M^{lle} GONTIER (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 15 juillet 1950).

Les chiffres fournis par le dosage des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien fournissent une aide précieuse pour le diagnostic et la conduite du traitement des méningites tuberculeuses par la streptomycine : 1° un taux initial du chlore rachidien inférieur à la normale, et surtout son abaissement progressif, constituent des éléments de présomption dont on ne saurait trop souligner la valeur ; 2° l'évolution de la courbe des chlorures permet de régler la fréquence des injections intra-rachidiennes ; 3° lorsque le taux des chlorures est redevenu normal, on est autorisé à arrêter les injections intra-rachidiennes mais le traitement général doit être encore très longtemps poursuivi ; 4° le traitement général ne sera lui-même abandonné qu'après une ponction lombaire de contrôle destinée à s'assurer que le liquide céphalo-rachidien est devenu cyto-chimiquement normal ; 5° chez les sujets « actuellement » guéris, la surveillance du taux des chlorures rachidiens permettra de prévoir les rechutes tardives et les récidives de la méningo-encéphalite tuberculeuse, qui dominent le pronostic lointain.

L. R.

Réactions de Bordet-Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse, par M. JANBON, G. MOUSTARDIER, L. BERTRAND et J. SALVAING. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juin 1950).

Chez 18 malades atteints de tuberculose méningée (16 fois en cours de traitement streptomycinique et 2 fois avant tout traitement), réactions de Bordet-Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien ; les mêmes réactions restant négatives dans le sang. Il s'agit de réactions à éclipses et habituellement dissociées (positivité avec l'antigène Calmette-Massol seul, et non avec l'antigène cholestériné de Debains).

Les auteurs ont étudié *in vitro* les effets de l'adjonction de streptomycine à doses croissantes ; les réactions de Bordet-Wassermann demeurent négatives dans le liquide céphalo-rachidien des sujets indemnes de toute irritation méningée ; elles deviennent par contre positives dans les liquides biologiquement perturbés, cette positivité croissant en général parallèlement à la quantité d'antibiotique ajoutée. Il s'agit, soit de réactions franchement positives, soit de simples retards d'hémolyse qui disparaissent rapidement mais expriment cependant un conflit antigène-anticorps.

Il est probable que de telles réactions pseudo-syphilitiques rarement signalées avant la streptomycine relèvent d'un double mécanisme. L'irri-

tation méningée, tuberculeuse en particulier, provoque une augmentation du taux de certaines protéines (globulines) dans le liquide céphalo-rachidien. La streptomycine peut agir sur ces dernières à titre de facteur complémentaire perturbant l'équilibre biologique des humeurs et les transformer en réagines.

L. R.

La réaction de Kline appliquée au liquide rachidien, par N. CASTRO BARBOSA, chef de laboratoire à l'Institut de gynécologie de l'Univ. sité du Brésil (Rio de Janeiro). (*La Presse médicale*, 4 novembre 1950).

Jusqu'à présent, l'unique réaction de floculation qui a été employée avec le liquide rachidien pour le diagnostic de la syphilis nerveuse est celle de Kahn. L'auteur a essayé à la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro la réaction de Kline, plus pratique, plus sensible et plus fidèle. L'émulsion de l'extrait selon Kline, conservé à la glacière, peut servir pendant vingt à trente jours sans altération, tandis que celle de l'antigène de Kahn, préparée au moment de s'en servir, est fréquemment décomposée et cause de faux résultats positifs ou négatifs, dus, à son avis, au contact prolongé de la cholestérine, tandis que dans l'extrait de Kline, cette substance est ajoutée au moment de la préparation de l'émulsion.

L'auteur résume la technique adoptée pour le diagnostic de la syphilis nerveuse et considère deux hypothèses.

a) Le liquide rachidien contient les réagines syphilitiques en quantité suffisante pour la floculation. C'est le cas de la paralysie générale progressive. Le liquide sera alors employé en nature.

b) Le liquide ne contient les réagines qu'en quantité très faible. Dans ce cas, le liquide sera concentré d'après la technique courante pour la réaction de Kahn, mais l'auteur indique comment procéder pour éviter de faux résultats positifs.

R. C.

Etude morphologique des bactéries au moyen du microscope à contraste de phase ; action de la pénicilline, par LEVADITI, VAISMAN et HENRY-EVENO. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 16 mai 1950).

L'effet de la pénicilline sur les bactéries se manifeste par un allongement du corps microbien attribuable à l'arrêt de la segmentation. L'antibiotique exerce d'abord son action lysante sur la membrane, qui devient translucide, et permet de saisir les détails structuraux du cytoplasme : le corps microbien renferme de nombreuses granulations opaques de tailles diverses et réparties au hasard, qui représentent l'équipement nucléaire attaqué par l'antibiotique ; au lieu de se segmenter, les noyaux se condensent pour donner naissance à des sphères destinées à se libérer du corps microbien.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Une observation de syndrome de Morgagni-Morel, par M. CREYX, J. LENG-LÉVY et J. VINCENTEAU. (*Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 3 novembre 1950).

Observation d'un syndrome de Morgagni-Morel : hyperostose frontale interne, obésité, virilisme, hypertension artérielle, faciès acromégaloïde, lésions osseuses vertébrales. Les auteurs rattachent ce tableau d'ensemble à l'existence d'une hyperfolliculinie dont la traduction initiale était une localisation pelvienne : utérus fibromateux et kystes ovariens bilatéraux.

L. R.

A propos du mécanisme d'action des œstrogènes sur l'hypophyse, par L. DESCLIN. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1950, tenue à l'hôpital Saint-Pierre, à Louvain).

Le problème du mode d'action des œstrogènes sur le lobe antérieur de l'hypophyse est à l'ordre du jour depuis une vingtaine d'années, et notamment le point de savoir si cette action s'exerce directement sur le tissu hypophysaire lui-même ou par l'intermédiaire de centres nerveux hypothalamiques.

Pour aborder ce problème, ont été étudiés comparativement des animaux hypophysectomisés porteurs d'une greffe hypophysaire dans le rein, des animaux normaux et des animaux hypophysectomisés. Ces trois catégories de rats ont été implantés d'un comprimé de distilbène de 15 mgr.

L'action lutéotrophique indirecte de l'œstrogène s'est manifestée chez les normaux, qui montrent de gros corps jaunes ovariens et une paroi vaginale du type gravidique, sans réaction œstrale. Les animaux hypophysectomisés traités dans les mêmes conditions ne montrent pas l'activité lutéotrophique des œstrogènes et ont une paroi vaginale en œstrus plein.

Par contre, un certain nombre d'animaux complètement hypophysectomisés, porteurs d'une greffe hypophysaire dans le rein, montrent à nouveau l'action lutéotrophique et une paroi vaginale du type gravidique.

Cette action des œstrogènes s'est donc exercée par l'intermédiaire du greffon hypophysaire, séparé de toutes ses connexions nerveuses hypothalamiques.

R. C.

Pathogénie et traitement de l'hyperfolliculinie, par F. JAYLE et M^{me} VALLIN (de Paris). (*Bull. de la Ligue française contre le rhumatisme*, séance du 13 décembre 1950).

Les hyperfolliculinies sont classées en six catégories différentes, selon leurs caractéristiques cliniques, cytohormonales et biochimiques. 1° hyperfolliculinie grave du type folliculaire ; 2° hyperfolliculinie du type hyperhormonal ; 3° hyperfolliculinie par insuffisance cortico-lutéale ; 4° hyperfol-

liculinie caractérisée par l'insuffisance de l'inactivation hépatique des œstrogènes ; 5° aménorrhées hyperfolliculiniques ; 6° hyperfolliculinie de la castration. Le type 1 est justiciable d'un traitement androgénique massif pendant la phase folliculaire et d'une association progestérone-testostérone pendant la 2^e phase. Dans l'hyperfolliculinie de la phase prémenstruelle du type 3, qui est de beaucoup la plus répandue, les meilleurs résultats sont obtenus en associant à la progestérone de la testostérone et des extraits cortico-surrénaux ; il en est de même dans l'aménorrhée hyperfolliculinique (5). En revanche, l'hyperfolliculinie du type (2) hyperhormonal relève plutôt d'une thérapeutique androgénique modérée, que l'on peut associer avec succès avec des inhibiteurs hypophysaires.

L. R.

Œstrogènes et histamine. Pathogénie de certains troubles extra-génitaux de l'hyperfolliculinisme, par A. D. HERSCHBERG (de Paris). (*Bull. de la Société française de gynécologie*, séance du 2 octobre 1950).

Afin de comprendre le mécanisme pathogénique de certaines manifestations allergiques prémenstruelles, attribuées classiquement à l'hyperfolliculinisme, l'auteur a injecté des œstrogènes à des cobayes et a dosé l'histamine dans divers organes. Il a pu constater une hausse des teneurs histaminiques dans le foie, le poumon et le sang total. Le cerveau et le muscle gardèrent le même taux que chez les animaux-témoins. Les œstrogènes entraînent donc, au niveau de certains organes récepteurs de la folliculine, une production massive d'histamine. Pour l'auteur, il ne s'agit pas d'une action spécifique de l'hormone, mais d'un effet secondaire, entraînant cependant, chez des malades prédisposées, des troubles allergiques. L'auteur tire les conséquences théoriques et thérapeutiques de ses constatations expérimentales.

L. R.

Cycle menstruel et psychoses, par Hermann KNAUS (de Graz). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Description à l'aide d'un cas particulièrement démonstratif des relations fonctionnelles entre l'hypophyse et les ovaires ; l'hormone du corps jaune conduit à une diminution de la sécrétion antéhypophysaire, d'où le caractère cyclique des psychoses chez les prédisposées atteintes de faiblesse de l'hypophyse et du diencephale. Cela explique le succès thérapeutique obtenu par l'administration d'hormone antéhypophysaire ou plus exactement choriogonadotrope à haute dose sous la forme d'une transfusion de sang de femme enceinte. Il serait souhaitable d'étendre ces investigations aux diverses psychoses menstruelles, puerpérales, de la lactation et de la ménopause.

H. BERSOT.

THÉRAPEUTIQUE

L'usage des dessins spontanés dans la thérapie de groupe (The use of spontaneous drawings in group therapy), par Dorothy W. BARUCH et Hyman MILLER (de Beverly Hills). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 1, janvier 1951, p. 45-58).

Dans un groupe psychothérapique de vingt personnes, les auteurs ont utilisé comme procédé auxiliaire les dessins spontanés. Les auteurs de ces dessins et les autres membres du groupe étaient invités à projeter à leur sujet leurs impressions personnelles. Les dessins ont pu faciliter grandement les processus de défolement et bénéficier à l'ensemble du groupe. Des exemples illustrés des dessins correspondants et avec le protocole sténographique des séances, montrent l'intérêt de cette méthode. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Conduites de refus en psychothérapie, par H. AUBIN (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1950).

Etude issue d'observations psychiatriques en milieu indigène centrée sur « le reniement systématique des troubles mentaux », envisagée selon les divers groupements ethniques coloniaux.

M. LECONTE.

Acide glutamique et quotient intellectuel, par J. DELAY et P. PICHOT. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 20 février 1951).

Les auteurs ont étudié depuis trois ans, par la méthode psychométrique, les résultats de l'administration prolongée d'acide glutamique : l'action est favorable dans la déficience mentale avec une dose de 10 à 12 gr. par jour, une durée d'administration minima de six mois. Le traitement est d'autant plus indiqué que l'arriération est moins profonde et les lésions cérébrales plus discrètes. Résultats particulièrement intéressants dans les oligophrénies humorales. Dans les psychoses d'involution, l'augmentation du quotient intellectuel a été statistiquement significative. Les auteurs décrivent les inconvénients et les accidents possibles et soulignent l'intérêt pratique limité de ce traitement des arriérations et des involutions.

R. C.

Recherches sur les effets de l'acide glutamique sur l'intelligence humaine, par J. R. MILLIKEN et J. L. STANDEN (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 14, n° 1, février 1951).

Les recherches ont été faites chez deux groupes d'adultes présentant de la faiblesse intellectuelle, chez un groupe d'enfants arriérés, sur deux groupes d'enfants normaux. Le traitement a eu une durée de 12-15 semaines. Aucun incident important, si ce n'est quelques vomissements ou nausées. Avant et après chaque période de traitement, les sujets étaient soumis à différents tests. Il ne semble pas que l'acide glutamique favorise les progrès intellec-

tuels. A noter seulement une légère influence chez les enfants normaux, mais les résultats sont peu probants. Les tests concernant la personnalité n'ont décélé aucune amélioration.

L. MARCHAND.

Le traitement du retard mental par l'acide glutamique (El tratamiento del retraso mental con el acido glutamico), par Jose GERMAIN (de Madrid). (*Revista de Psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. V, n° 15, 1950, p. 581-592).

L'auteur fait une révision de la question de la thérapeutique par l'acide glutamique des états de débilité mentale, rappelant les données de l'expérimentation chez les animaux, mais développant surtout les résultats obtenus chez l'enfant. Parmi ceux-ci, les principaux sont : disparition ou atténuation de l'éréthisme, augmentation de la syntonie, plus grande capacité de discipline, amélioration du langage, approfondissement de l'affectivité, progrès de la sociabilité. L'éducation et la réceptivité du débile peuvent se trouver facilitées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'acide glutamique dans la thérapeutique du syndrome démentiel de la paralysie générale progressive. (O acido glutamico na terapeutica do síndrome demencial da paralisia geral progressiva), par Otavio de FREITAS JUNIOR. (*Jornal de Medicina de Pernambuco*, 47^e année, n° 1, janvier-février 1951, p. 29-38).

L'auteur a utilisé l'acide glutamique, à la dose de 15 grammes par jour pendant quatre mois, associé au traitement anti-syphilitique chez deux paralytiques généraux à fort déficit intellectuel. A côté des améliorations neurologiques, sérologiques et psychiques, l'auteur a noté une grande progression des quotients intellectuels et une diminution du syndrome démentiel. Chez deux autres malades-témoins, soumis seulement au traitement anti-syphilitique, les résultats psychométriques ont été négatifs.

V.-J. DURAND.

Malariathérapie avec la fièvre tierce maligne (Malarioterapia com terça maligna), par N. PIRES, E. NOVAIS, G. ALAKIJA, M. GUERREIRO, G. NERY et J. CELHO. (*Neurobiologia. Recife*, T. XIII, n° 2, juin 1950, p. 103-110).

Chez onze paralytiques généraux, fut employée l'impaludation par le *plasmodium falciparum*. On observa la résistance des nègres à la tierce maligne. Les antimalariques modernes empêchèrent l'évolution grave. Dans l'ensemble, les résultats au point de vue mental furent peu encourageants.

V.-J. DURAND.

Recherches thérapeutiques avec le dinitrile succinique (Investigacoes terapeuticas com a dinitrila succinica), par J. Alves GARCIA, Humberto ALEXANDRE et Lysanias Marcelino DA SILVA. (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1950, vol. 1, n° 8, p. 229-234).

Les auteurs rapportent les cinq premières observations d'emploi du dinitrile succinique dans les syndromes schizophréniques. L'amélioration a été

transitoire. En réalité, il s'agit surtout d'une thérapeutique des états dépressifs. L'effet curatif doit être lié à l'action chimique du radical CN et à d'autres noyaux, mais l'autre radical CN doit se transformer en amide. L'action serait histochimique et métabolique ; il ne s'agirait pas d'un traitement de choc.

V.-J. DURAND.

Expériences cliniques avec le « dinitrile succinique ». (Esperienze cliniche con il « dinitrile succinico », par Leonardo TANFANI (de Vérone). (*Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 79^e année, fasc. 1, 1951, p. 23-37).

L'auteur rapporte les résultats obtenus avec le dinitrile succinique chez 66 malades. On peut conclure à une action symptomatique dans tous les syndromes de type dépressif ou d'inhibition psycho-motrice, indépendamment de la nature dysthymique ou schizophrénique du processus. Dans les cas, au contraire, où il y a hyperactivité et excès d'idéation, les signes sont aggravés. Ainsi, les données de la pharmacologie sont confirmées par les résultats cliniques. Les observations cliniques sont clairement rapportées sous forme de tableaux.

V.-J. DURAND.

Les indications respectives de l'hormonothérapie et de l'organothérapie, par Pierre MABILLE. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 24 mars 1950).

M. Pierre Mabile s'inquiète de l'extension rapide et véritablement inflationniste de l'hormonothérapie : on aurait tort d'imaginer que l'organothérapie ait vécu. Les deux thérapeutiques ne sont pas superposables, elles ont leur domaine propre (action excitatrice pour les extraits glandulaires ; action substitutive pour les hormones). De toute façon, ces traitements endocriniens doivent être précédés de l'établissement d'un bilan précis : *morphologique* (indice de différenciation sexuelle, retards structuraux, etc.) ; *physiologique* (métabolisme basal, dosage des hormones, frottis vaginaux, etc.) et *psychologique* (tendances manifestes et tendances inconscientes créatrices de névroses).

R. C.

Maladie de Basedow et cure de Plombières, par STIEFFEL. (*Bull. de la société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris*, séance du 20 novembre 1950).

Observation d'une poussée sérieuse d'hyperthyroïdie avec augmentation de 60 % du métabolisme basal, paraissant imputable à une cure excessive. Il semble que le traitement hydrominéral, si efficace dans les cas mineurs de la maladie de Basedow, soit susceptible de provoquer des réactions sérieuses. Ce traitement doit être dirigé avec une prudence toute particulière, surveillé de très près et interrompu dès l'apparition des premiers symptômes d'alarme.

L. R.

Streptomycine et troubles mentaux, par Maurice POROT et F. DESTAING. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux d'Alger*, séance du 10 novembre 1950).

La streptomycine a procuré des guérisons spectaculaires dans quelques cas de troubles psychiques aigus, des échecs dans les formes chroniques de schizophrénies. Il ne faut pas sous-estimer, chez les tuberculeux, son rôle psychothérapeutique.

Elle est capable, par un mécanisme allergique ou toxique, de provoquer parfois des troubles mentaux discrets, mais parfois aussi des encéphalopathies graves.

Elle a modifié le cours de la méningite tuberculeuse, faisant apparaître de véritables méningo-encéphalites subaiguës analogues aux pseudo-paralysies générales. Chez les enfants guéris, on a pu observer des troubles de l'humeur et du caractère, de type post-encéphalitique.

L. R.

Encéphalopathie arsenicale. Traitement par le B.A.L. Guérison, par E. BOLTANSKI, P. FORTIN et Y. CHAOUAT. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 juin 1950).

Observation d'un malade atteint d'encéphalopathie sévère à la suite d'un traitement novarsenical suivant la technique de Politzer. L'administration de B.A.L. amena la guérison sans aucun incident. Cette observation confirme la théorie chimio-cellulaire de l'encéphalopathie arsenicale.

L. R.

Prostigmine et œdème cérébral, par ROUX et MARCHAL. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 janvier 1950).

Aggravation progressive d'un coma par œdème cérébral traumatique. Echec des thérapeutiques classiques. L'état du blessé étant jugé désespéré, essai de la prostigmine (deux injections sous-cutanées à une heure d'intervalle). Deux heures après la dernière injection, amélioration extrêmement rapide, qui se maintint les jours suivants, pour aboutir à la guérison.

R. C.

Cytochrome C : résultats de son administration intraveineuse dans les états cérébraux préséniles et artério-scléreux, par R. W. GARNETT et W.-O. KLINGMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1950, p. 697).

Considérant le rôle du cytochrome dans la respiration cellulaire, les auteurs ont traité par des injections intraveineuses quotidiennes de cytochrome C dix-sept malades atteints d'états préséniles, artério-scléreux et involutifs. Onze furent améliorés et parmi eux quatre ne restèrent améliorés que durant le traitement. L'amélioration clinique porte sur la mémoire, l'orientation, l'irritabilité, l'intérêt, la confusion et le comportement.

L. MARCHAND.

Psychose après A.C.T.H., par F. COSTE, BERTAGNAT et H. FLAVIGNY. (*Bull. de la Ligue française contre le rhumatisme*, séance du 13 décembre 1950).

Les auteurs présentent une jeune femme atteinte de polyarthrite cachectisante très évolutive. L'A.C.T.H. a donné un résultat immédiat et spectaculaire. En fin de traitement, après un arrêt des injections, s'est installée une psychose confusionnelle avec grande agitation et manifestations diverses d'hypercorticisme. La cortisone à forte dose a rapidement atténué les troubles mentaux.

Discussion du mécanisme des troubles, mode d'action de la cortisone. Les auteurs soulignent par ailleurs l'importance du risque de trouble mental dans les traitements par l'A.C.T.H. et la cortisone.

L. R.

Méthodes biochimiques dans le traitement de l'alcoolisme avec considérations spéciales sur l'antabuse, par E. JACOBSON. (*Proceedings of the royal society of medicine*, vol. 43, Sect. Psychiat. n° 1, juillet 1950, p. 519).

L'auteur expose d'abord les différentes mesures prophylactiques thérapeutiques qui peuvent être prises contre l'alcoolisme ; il les divise : 1° en mesures internes (psychothérapie des névroses, explication du caractère de l'appétence à l'alcool, thérapeutique de groupe, influence religieuse et morale, traitement médical des troubles du métabolisme, traitement de l'impulsion à boire par les injections intraveineuses d'insuline-glucose ou d'alcool) ; 2° élimination de l'alcool (hospitalisation dans un hôpital psychiatrique, émétine, hypnose, antabuse) ; 3° mesures externes (vie familiale bien réglée, éducation des parents, amélioration de la position sociale et des conditions économiques, séparation du milieu où ont lieu des excès éthyliques).

Le traitement par l'antabuse ne guérit pas l'alcoolisme, mais est simplement un adjuvant qui doit être associé à d'autres méthodes. L'antabuse donnée seule n'entraînera aussi longtemps l'abstinence que le malade aura l'énergie de l'absorber. Les résultats thérapeutiques dépendent de l'action des médecins et des assistants sociaux ainsi que de la facilité avec laquelle les alcooliques peuvent être soumis à une thérapeutique de groupe.

L. MARCHAND.

De l'emploi de l'antabuse (tétréthylthiuramdisulphide) dans l'alcoolisme chronique, par E. BARBERA, W. OSINSKI et E. DAVIDOFF. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 1, juillet 1950, p. 8).

Le traitement doit être contrôlé par un psychiatre ; s'il est appliqué par des praticiens de médecine générale, il est nécessaire que des consultations psychiatriques et des séances de psychothérapie aient lieu périodiquement. Les auteurs n'ont eu à noter aucun effet toxique alarmant. Le même sujet doit être soumis à des tests psychologiques avant et après le traitement. Après son retour dans la communauté, il doit être suivi par le service social. Sur 21 alcooliques chroniques traités, 14 s'abstinrent d'alcool pendant des périodes de deux à quatre mois.

L. MARCHAND.

Préparations synthétiques modernes dans le traitement de l'alcoolisme chronique (Modernos preparados sintéticos no tratamento do alcoolismo crônico), par Gecel Luzer SZTERLING. (*Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, XV, janvier-décembre 1950, p. 195-211).

L'auteur a employé chez 28 éthyliques chroniques des préparations contenant le tétraéthylthiurame disulfide : antabus, abstenil et antétanol. Le deuxième produit s'est montré le plus efficace et le mieux supporté. Le traitement doit être commencé en milieu hospitalier, le malade étant d'abord soumis à des désintoxicants et des toniques, puis la médication antialcoolique est administrée avec détermination de la dose efficace. Les accidents de choc qui peuvent se produire cèdent, habituellement, à l'adrénaline parentérale. Après l'établissement du réflexe conditionné, il convient de poursuivre un traitement ambulatoire pendant un an au moins. L'idéal est d'associer la psychothérapie ou la psychanalyse. 60 % de résultats favorables furent obtenus.

V.-J. DURAND.

Etude de 200 cas d'alcoolisme chronique traités par l'antabuse ; déductions thérapeutiques, par J. THUILLIER. (*Bull. de la Société de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 15 novembre 1950).

Comme l'émétine et l'apomorphine, le bisulfure de tétraéthylthiouram réalise une cure de dégoût et non une cure de désintoxication.

Le produit présente certaines contre-indications : hypertension, affections cardio-vasculaires, insuffisance hépatique, épilepsie, que l'on s'efforcera de dépister par des examens chimiques et de laboratoire. Il sera bon de préparer le malade par une cure préliminaire avec la méthionine, le rutoside, etc. Essayer ensuite la réaction test par l'alcool quelques jours après la première administration du médicament.

L'auteur donne toutes les indications sur le mode de traitement, et signale des accidents qui ont été constatés surtout à l'étranger. Il rapporte la statistique des succès qui se sont maintenus au bout de dix mois.

R. C.

Le sulfate de magnésium dans les psychoses alcooliques (Il solfato di magnesio nelle psicosi alcooliche), par Franco ROSSETTI (de Raccognigi). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. XL, fasc. 2, mars-avril 1951, p. 272-290).

L'auteur rappelle, de façon détaillée, les actions pharmacologiques du magnésium, son rôle en biologie, les conséquences de son emploi dans diverses affections. Il étudie particulièrement le sulfate de magnésium, puis indique les résultats obtenus par l'utilisation de ce sel chez les alcooliques. Dans l'ensemble, l'action est efficace. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Résultats comparatifs du phénobarbital, du dilantin et du mésantoin sur la fréquence des crises, par D. B. RUSKIN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 415).

Dès qu'un nouveau médicament anti-épileptique paraît, il est lancé par diverses publications comme ayant une efficacité supérieure aux autres produits et comme très actif dans les cas résistants. Souvent, l'emploi du produit ne répond pas aux promesses. Pour juger de l'action d'un produit, il faut comparer les résultats obtenus à ceux notés avec d'autres médicaments dans les mêmes conditions d'administration. C'est ce que l'auteur a fait pour le phénobarbital (gardénal français) et les hydantoïnes suivants : le dilantin (diphénylhydantoïne sodique) et mésantoin (diphényl-méthylhydantoïne). Il conclut : le phénobarbital est l'anticonvulsivant le plus efficace dans le traitement du grand mal épileptique. Si le phénobarbital ne suspend pas complètement les crises, il devient plus efficace quand on lui associe le dilantin ou le mésantoin qui, employés seuls, sont beaucoup moins actifs (fait signalé depuis longtemps en France). Le phénobarbital, ordonné à une dose moyenne, ne détermine aucun phénomène toxique. Le mésantoin est deux fois plus actif que le dilantin comme anti-convulsivant, mais il est deux fois plus toxique.

L. MARCHAND.

Etat de mal épileptique fatal après une injection intrarachidienne de pénicilline concentrée au décours d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques, par Pasteur VALLERY-RADOT, P. MILLIEZ, Cl. LAROCHE et J. HAZARD. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 mai 1951).

Observation d'un état de mal épileptique mortel survenu lors d'une douzième injection intrarachidienne de pénicilline au décours d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques. 150.000 unités de pénicilline furent, par erreur, administrées au lieu de la dose quotidienne de 20.000 unités diluées dans 4 cm³ de sérum physiologique.

Les auteurs discutent du rôle possible de la haute concentration du produit et de la durée (12^e jour) de l'injection. Ils insistent sur la nécessité de n'employer la pénicilline intrarachidienne qu'en cas d'absolue nécessité.

R. C.

Thérapeutique de groupe pour épileptiques, par G. C. RANDALL et W. C. ROGERS. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 6, décembre 1950, p. 422).

Les auteurs donnent les règles psychologiques qu'ils ont suivies pour désigner les épileptiques qui devaient être traités individuellement et ceux qui devaient bénéficier d'une thérapeutique de groupe. Sur 100 épileptiques, 56 sujets atteints d'épilepsie idiopathique et 16 d'épilepsie traumatique, furent désignés pour cette thérapeutique ; les autres continuèrent à être traités individuellement. Les groupes étaient composés de 15 unités et les séances eurent lieu d'abord une fois par semaine ; au cours de celles-ci, des projections ayant trait à l'épilepsie donnaient lieu à discussion. Très

rapidement, les malades ont perdu toute réticence et purent s'entretenir entre eux sans honte de leurs crises, libérés de leur anxiété, de leur état dépressif. En dehors des séances, ils formèrent des « clubs épileptiques ». Les conclusions de cette expérience sont les suivantes. Sous l'influence de la thérapeutique de groupe, les malades s'améliorent aussi rapidement que sous l'influence du traitement individuel ; la personnalité du sujet joue un rôle important dans le succès que l'on peut obtenir ; les règles psychologiques à suivre pour la désignation des sujets, si elles sont suivies scrupuleusement, facilitent le traitement. Certains malades qui ne se sont pas améliorés par le traitement individuel le sont par la thérapeutique de groupe. Ceux qui ne sont pas améliorés par cette dernière ne le sont pas par la thérapeutique individuelle. Il est important de grouper des sujets dont la durée de la maladie est sensiblement la même. La différence d'âge des sujets n'a aucune importance. La thérapeutique de groupe doit porter sur un programme de longue durée. Les améliorations ne dépendent pas nécessairement de l'action de cette thérapeutique sur les attaques épileptiques.

L. MARCHAND.

De l'adaptation sociale et occupationnelle des épileptiques, par M. A. LENNOX et J. MOHR. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 4, octobre 1950, p. 257).

Cette étude ne porte que sur 22 épileptiques de sexe masculin, âgés de 20 à 52 ans. Huit sont mariés et deux sont divorcés. Leurs antécédents, les causes et les caractères de leurs crises sont exposés. 60 % n'ont qu'une crise par mois. Chez quatorze sujets, les électro-encéphalogrammes présentent des anomalies paroxystiques ; chez huit sujets, les tracés sont normaux. Les métiers exercés sont les suivants : industriel, instituteur, conducteur de voiture, casseur de pierres, imprimeur, ébéniste, laveur de vaisselle, commissionnaires en lettres. Sur ces vingt-deux sujets, dix seulement ont un bon emploi en rapport avec leur maladie ; neuf peuvent conduire un car ; onze seulement vivent dans de bonnes conditions sociales. Cinq malades étaient inemployés au moment de la rédaction de cette étude et cherchaient du travail.

Du point de vue psychologique, deux sujets ont un quotient intellectuel de 70 à 89 ; 12 entre 90 et 109 ; 5 entre 110 et 119 ; 3 entre 120 et 132.

Les épileptiques qui ont le moins de chance de gagner convenablement leur vie sont ceux dont les crises ont débuté avant l'âge de 19 ans, ceux qui ont des crises fréquentes et surtout des crises psycho-motrices, ceux qui ne sont pas améliorés par le traitement.

Ce sont les épileptiques qui ont le plus de crises qui souffrent le moins moralement de leur maladie. Des sujets qui ont des crises fréquentes, qui ont un niveau intellectuel au-dessous de 100, qui ne cachent pas la maladie dont ils sont atteints, présentent la meilleure adaptation au travail.

Les conclusions de ce travail confirment l'opinion, exprimée depuis longtemps en France, que les épileptiques sains d'esprit peuvent gagner convenablement leur vie et mener une vie normale si on leur procure une occupation bien adaptée à leur affection et surtout si on leur vient en aide socialement.

L. MARCHAND.

Traitement chirurgical de l'épilepsie par R. HOUDART (*Le bulletin médical*, 15 mars 1951),

N'ayant ici en vue que le traitement chirurgical des épilepsies non-tumorales, l'auteur conclut que ce traitement ne s'applique qu'aux épilepsies bien localisées cliniquement et surtout électriquement. La localisation de la lésion joue un rôle très important dans la décision opératoire.

De toute façon, le traitement chirurgical ne peut être envisagé qu'après plusieurs mois d'un traitement médical bien conduit ; en particulier, ces lésions étant très souvent de siège temporal, on ne devra discuter l'intervention qu'après avoir fait un essai de plusieurs mois du traitement spécifique de ces épilepsies temporales.

Pour toutes ces raisons, le traitement chirurgical ne s'applique, pour l'ensemble des épilepsies, qu'à un nombre relativement minime de cas et qui ne dépasse certainement pas 5 %. C'est donc, dire, sans minimiser l'intérêt que représentent ces tentatives chirurgicales, que ce traitement ne modifie pratiquement pas le problème social que pose l'épilepsie.

L. R.

Hémiplégie infantile traitée par l'ablation d'un hémisphère cérébral par R. A. KRYNAUW. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 13, n° 4, novembre 1950, p. 243).

L'hémisphérectomie a été pratiquée dans douze cas d'hémiplégie infantile. Un seul cas de mort à noter. L'épilepsie, les troubles mentaux ont été surtout les indications opératoires. L'épilepsie, soit localisée, soit focale, qui existait chez dix sujets des douze sujets, ne se reproduisit plus après l'opération et aucun traitement sédatif ne fut appliqué. Les troubles du comportement et de la personnalité ont été améliorés dans des proportions inespérées. Ce résultat tient au bon fonctionnement de l'hémisphère sain quand il a été soustrait aux influences anormales de l'hémisphère lésé. Les altérations de celui-ci consistaient en porencéphalie, kyste para-ventriculaire, microgyrie, sclérose hémisphérique, kyste arachnoïdien. L'ablation de l'hémisphère fut faite en respectant le thalamus et le noyau caudé. Le retour de la fonction motrice du côté paralysé chez ces opérés est d'une explication difficile. L'auteur pense que le noyau caudé de l'hémisphère sain exerce un contrôle sur les mouvements volontaires contro-latéraux. La localisation d'une piqûre d'épingle, les sensibilités musculaire et articulaire ne sont presque plus modifiées après quelques mois. A noter aussi l'absence de désorientation spatiale et de troubles du schéma corporel. La conservation du langage laisse supposer que cette fonction était en rapport avec l'hémisphère majeur non lésé alors que ce fut l'hémisphère mineur altéré qui fut enlevé. Les recherches électro-encéphalographiques ont montré une notable amélioration des dysrythmies du côté sain après l'opération, permettant de supposer que l'action de l'hémisphère malade sur l'hémisphère sain peut créer des foyers épileptogènes.

L. MARCHAND.

Evolution dans la technique et les conditions de la psychochirurgie (Evolução na tecnica e condições da psicocirurgia), par Mario YAHN. (*Neurobiologia, Recife*, T. XIII, n° 2, juin 1950, p. 176-189).

L'auteur résume quelques nouvelles techniques et indications de la psychochirurgie. Il propose de grouper sous le nom de poliotomie, les opérations touchant surtout la substance grise comme la topectomie. Puis il envisage rapidement ce dernier type d'intervention, la thalamotomie, les sections sous-corticales de Scoville, les leucotomies transorbitaire et temporale, l'emploi des fibres thalamo-préfrontales dans les douleurs rebelles. Enfin, quelques statistiques récentes sont passées en revue.

V.-J. DURAND.

Les méthodes psychochirurgicales pour troubles psychiatriques et douleurs incoercibles. (Psychosurgical methods for psychiatric disorders and intractable pain), par Lothar B. KALINOWSKY (de New-York). (*Encéphale, Εγκεφαλος*, Athènes, n° 4, décembre 1950, p. 225-234).

L'auteur décrit les principales techniques de la psycho-chirurgie : lobotomie bilatérale totale ou partielle, lobotomie transorbitaire, topectomie, méthode de Scoville, thalamotomie. Il étudie ensuite les indications, insistant surtout sur les diverses formes de schizophrénie, les psychosévroses, faisant une petite place aux syndromes dépressifs ou aux troubles de l'involution, envisageant la question des douleurs incoercibles. Le problème des modifications mentales et, en particulier, des changements de personnalité, invoqués par certains auteurs, est également étudié.

V.-J. DURAND.

Psycho-chirurgie de la douleur : à propos de 4 cas, par L. SINGER et A. DANY (Strasbourg). (*Comptes rendus de la Réunion neuro chirurgicale de Strasbourg* du 4 mars 1951).

Quatre observations de psychalgies irréductibles avec dépression réactive et tentative de suicide, traitées par topectomie. Les auteurs tentent de mettre en évidence la différence de nature entre les psychalgies peut-être en rapport d'origine avec les lobes frontaux et les algies d'origine périphérique. Ils suggèrent que celles-ci sont remplacées à la longue par les psychalgies dans certains cas où la psycho-chirurgie est efficace. Celle-ci ne doit cependant être réservée qu'à des cas soigneusement choisis et après échec de toutes les autres thérapeutiques.

L. R.

Traitement des douleurs et des crises gastriques du tabes par des injections intra-rachidiennes d'eau distillée, par R. A. SCHWOB et Philippe SÉE (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 juin 1952).

Malade dont les crises gastriques intolérables durant depuis un an avaient résisté à une splanchnicectomie et cédèrent à une injection intrarachidienne d'eau distillée. Les auteurs citent plusieurs autres cas de crises gastriques traitées de la même façon avec succès suivant la méthode préconisée par Boschi dans le traitement d'un grand nombre d'affections douloureuses du névraxe.

L. R.

MÉDECINE LÉGALE

Epilepsie et pyromanie, par Emile SEILER (de Münsingen-Berne). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 64, fascicule 1/2, 1949).

Existe-t-il, comme on l'admet en psychiatrie médico-légale, une relation profonde entre épilepsie et pyromanie ? Non, déclare M. Emile Seiler, sur la base de 1.470 expertises faites à l'asile de Münsingen. Il a examiné en particulier 41 épileptiques incendiaires. Le mobile du délit n'est pas l'attrait du feu lui-même, mais le plus souvent l'intention de détruire, surtout par haine et vengeance. L'auteur analyse successivement les divers symptômes de l'épileptique : seule la mauvaise humeur habituelle, par son caractère de ténacité, peut paraître propre à porter à la pyromanie. Mais à part sa ténacité, elle n'est pas spécifique et elle n'est observée que rarement (quatre cas). Aucun rôle n'est attribuable aux visions de feu des épileptiques ; rares sont d'ailleurs les épileptiques incendiaires qui en présentent. L'auteur conclut à l'inexistence d'une corrélation entre épilepsie et pyromanie.

H. BERSOT.

L'intoxication alcoolique et les accidents de roulage, par le Dr Maurice DE LAET, professeur de médecine légale à l'Université de Bruxelles. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, avril 1953).

Problème dont l'importance est soulignée par la constatation qu'en 1951, en Belgique, l'intoxication alcoolique a été reconnue la cause de 2.622 accidents de roulage, dont beaucoup eurent des conséquences mortelles. Les réactions individuelles à l'alcool étant variables, seule peut être retenue comme témoin de l'intoxication alcoolique la teneur en alcool des liquides de l'organisme et, en fait, du sang, milieu qui se prête facilement au prélèvement et à l'analyse. De recherches et de statistiques, en particulier d'auteurs scandinaves et suisses, on peut conclure qu'à la teneur de 1‰ d'alcoolémie, plus de 60 % des sujets sont incapables de conduire normalement une automobile (90 % si le sang renferme 1,5‰ d'alcool).

La Suède a érigé en délit le fait pour un conducteur d'être à son volant porteur d'un taux de 0,60‰ d'alcool dans le sang. La Société de médecine légale de Belgique a conclu à un état d'incapacité à la conduite normale d'une automobile, lorsque la teneur d'alcool dans le sang atteint 1,5‰. « On ne perdra toutefois pas de vue », ajoute l'auteur, « qu'au taux de 1‰, 60 % des personnes ne se trouvent déjà plus en possession des moyens psychomoteurs nécessaires à la conduite d'une automobile ».

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 avril 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de MAI qu'une seule séance qui aura lieu le *lundi 18 mai 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 juin 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre du Centre d'études physiologiques, 5 *ter*, rue d'Alésia, à Paris (XIV^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r Pierre DESCLAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r Maurice PARIENTE est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de La Roche-Gandon (Mayenne) ;

M. le D^r P.-L. RACAMIER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Prémontre (Aisne) ;

M. le D^r Alain ROUAULT DE LA VIGNE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Lehon (Côtes-du-Nord) ;

Mme le D^r R. THIÉBAUX est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) ;

M. le D^r Michel VANEGLLOO est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan).

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques

Un concours pour le recrutement de 25 médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques (métropole et départements d'outre-mer) aura lieu le 2 juin 1953 au ministère de la santé publique et de la population.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la direction de l'administration générale du personnel et du budget, 3^e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e, où les demandes d'inscription et les dossiers seront reçus jusqu'au 2 mai 1953 inclus, dernier délai.

Internat des hôpitaux psychiatriques

Un décret du 20 février 1953 précise la nouvelle organisation des concours pour le recrutement, par les hôpitaux psychiatriques, d'internes dispensés des stages de cinquième et sixième année.

(J.O., 17 mars 1953).

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

L'assemblée de printemps de la *Société suisse de psychiatrie*, primitivement fixée aux 13 et 14 juin, se tiendra à *Belletay*, les 6 et 7 juin 1953, sous la présidence du professeur W. BOVEN.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement français d'Études de neuro-psycho-pathologie infantile, réunion annuelle (Marseille, 22-23 mai 1953)

La réunion annuelle du *Groupement français de neuro-psycho-pathologie infantile* aura lieu à *Marseille*, les 22 et 23 mai 1953, à la Clinique des maladies nerveuses de la Faculté, hôpital La Timone, extrémité boulevard Baille.

Sujet unique : « Les formes psycho-motrices de l'épilepsie chez l'enfant ».

Les membres du congrès désireux de faire une communication sur ce sujet sont priés de se faire inscrire au secrétariat local : P^r agrégé A. CRÉMIEUX, 255, rue Paradis (Dragon 86-55) ; ou D^r J. PELLEGRIN, 18, rue Saint-Savournin (Lycée 02-61) ; ou D^r J. RABATTU, 60, rue Nau, Marseille (Guynemer 56-39).

Peuvent s'inscrire au congrès tous les médecins psychologues, pédagogues, assistantes sociales, ou toutes personnes s'intéressant à la neuro-psycho-pathologie infantile.

Une journée d'*excursion* est prévue à Toulon avec déjeuner à midi et transport en car assuré (aller et retour).

Réunion annuelle de la Fédération mondiale pour la santé mentale

Invitée par M. le Bourgmestre de Vienne et par la Société autrichienne d'hygiène mentale, la Fédération mondiale tiendra, à *Vienne*, du 16 au 22 août 1953, sa réunion annuelle.

Le thème général de la réunion sera : « *Intervention sociale en vue de la santé mentale* ».

Des groupes seront organisés pour l'examen d'autres questions.

Congrès international de droit pénal

La *Fédération internationale de droit pénal* organisera à Rome, du 27 septembre au 3 octobre 1953, son VI^e Congrès international de droit pénal, sous la présidence de M^e S. SASSERATH (de Bruxelles).

Questions mises à l'ordre du jour :

- 1) « la protection pénale des conventions internationales humanitaires » ;
- 2) « la protection de la liberté individuelle durant l'instruction » ;
- 3) « le droit pénal social économique » ;
- 4) « le problème de l'unification de la peine et des mesures de sûreté ».

Inscriptions et renseignements : M. P. DE CANT, *secrétaire général adjoint*, 144, avenue Ad.-Buyl, Bruxelles.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le bruit des moteurs à réaction pourrait devenir dangereux

Au cours de la 21^e conférence annuelle de l'Institut des sciences aéronautiques, qui groupait aux Etats-Unis plus de 1.400 spécialistes, plusieurs délégués ont souligné que la fréquence des moteurs à réaction était si élevée qu'elle peut provoquer de la fatigue physique et nerveuse, et même des lésions dans certains tissus.

C'est ainsi que M. R. M. WOODHAM, de l'Université Cornell, qui s'occupe spécialement de la sécurité des centres aéronautiques, après avoir rappelé qu'au-dessus de 95 décibels le bruit devenait pénible, a souligné que le moteur à pistons le plus bruyant, celui qui est monté sur les B-26, produisait un son d'une intensité de 100 à 110 décibels, tandis que l'amplitude d'un moteur à réaction était présentement de l'ordre de 120 à 140 décibels.

L'impression produite sur un être humain par un son de cette intensité se situe « au seuil de la souffrance ». L'individu qui doit le supporter pendant une longue période devient nerveux, déprimé, et ses tissus eux-mêmes peuvent finir par présenter des lésions. Les poumons notamment seraient particulièrement touchés.

Il faut noter d'ailleurs que les passages répétés d'avions à réaction ne sauraient produire aucun effet dangereux sur les personnes survolées, la durée d'exposition au bruit étant trop courte. Il en est de même pour les pilotes, protégés par leur position en avant du réacteur et par la vitesse du vol. Par contre, les mécaniciens d'un aérodrome, le personnel de piste, et tout particulièrement le personnel de pont sur un porte-avions, sont particulièrement incommodés. Pour ces derniers, le son des moteurs, dont ils ne peuvent s'abriter étant donné l'exiguïté de la piste, est particulièrement nocif.

Les médecins présents à la conférence ont tous décidé que cette question devrait être sérieusement étudiée et qu'il appartenait aux ingénieurs de trouver une solution.

(*La Presse médicale*, 21 mars 1953).

STATISTIQUE

Les suicides en 1950

Dans les statistiques de l'*Organisation mondiale de la santé*, il est noté que Berlin vient en tête, en 1950, avec 48 hommes sur 100.000 et 33 femmes sur 100.000.

En Autriche, sur 100.000, on trouve 34 hommes et 15 femmes ; au Danemark, 32 hommes et 15 femmes ; en Suisse, 35 hommes et 13 femmes ; au Japon, 24 hommes et 15 femmes ; aux U.S.A., 33 hommes et 10 femmes. Ce sont les pays catholiques qui ont le pourcentage le plus bas : en Espagne, 8 hommes et 3 femmes ; 4 hommes et 1 femme en Irlande sur 100.000.

La proportion des suicides des hommes et des femmes est de 5 pour 2 en moyenne.

Au Danemark, où la mortalité est très basse, les suicides représentent 23 % des morts parmi les individus de 25 à 34 ans.

Sur 999 suicides, l'Organisation mondiale de la santé a trouvé 160 différents moyens de suicide.

(*La Presse médicale*, 14 mars 1953).

MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Usage et mésusage de la médecine dans les prisons, par le Professeur M. H. Thélin (de Lausanne).

D'un article publié par le professeur M. H. THÉLIN (de Lausanne), dans le numéro du 15 mars 1953 de « *Médecine et hygiène* » (Genève), sont extraits les passages suivants.

« Un récent document des Nations Unies traite de l' " Ensemble des règles pour le traitement des détenus ". Ce document, de 70 pages, édité par la Section de défense sociale, après de longs travaux préparatoires, selon la technique habituelle, a fait l'objet de discussions aux Nations Unies par les groupes consultatifs régionaux dans le domaine de la prévention du crime et du traitement du délinquant. Une soixantaine de délégués, essentiellement européens, ont étudié ce document et l'ont discuté avec plus ou moins d'opiniâtreté, point par point. »

« Quelle fut notre stupéfaction en constatant que cette assemblée, malgré une opposition isolée, admit un principe auquel aucun médecin sérieux ne peut se rallier. En effet, à la page 42, sous chiffre 26a, il est dit à propos des infractions et peines disciplinaires, que " les peines de l'isolement, de la réduction de nourriture, etc., ne peuvent jamais être infligées sans que le médecin ait examiné le détenu et certifié par écrit que celui-ci est capable de les supporter ". »

« Il résulte de ce principe qui, nous le répétons, ne rencontra qu'une seule opposition, que le médecin devient juge de l'opportunité de sanctions de caractère corporel. Or, nous pensions que de telles conceptions étaient condamnées depuis près d'un siècle. »

Et, plus loin :

« Sous chiffre 27 (page 43), nous lisons une bien étrange disposition :
« Les instruments de contrainte tels que menottes, chaînes et camisole de force ne peuvent jamais être appliqués en tant que sanctions. Ils ne peuvent être utilisés que dans les cas suivants :

« a) par mesure de protection contre une évasion pendant un transport, pourvu qu'ils soient enlevés dès que le détenu comparait devant un tribunal judiciaire ;

« b) pour des raisons médicales, sur indications du médecin... »

« Cela revient à dire, en bon français, que menottes, chaînes et camisole de force ne peuvent être entre autres utilisées que pour des raisons médicales sur indication du médecin. »

« Nous pensons que cette étrange disposition se passe de commentaire si elle dit réellement ce qu'elle veut dire, ce que nous ne saurions affirmer lorsque le français est mis d'une façon si souvent malencontreuse à la sauce internationale. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1952

Parmi les prix décernés par l'Académie de médecine à la suite du concours de 1952, signalons :

Prix de l'Académie, à Mlle C. CHATAGNON, de Neuilly-sur-Marne, pour son ouvrage intitulé : *Les protéines cérébrales* ;

Prix Nadia et Jeanna Bricker, à M. le Dr CLÉMENT (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Les méningiomes olfactifs* ;

Prix Adrien Buisson, à M. le Dr RAYNAUD (de Vincennes), pour son travail intitulé : *Les dilatations ventriculaires de la méningite tuberculeuse de l'enfant* ;

Prix Capuron, à M. le professeur GEDDA (de Rome), pour son travail intitulé : *Studio dei gemelli* ;

Fondation Day, à M. le Dr THUILLIER (de Paris), pour son essai pathogénique et thérapeutique sur l'alcoolisme ;

Prix Catherine Hadot, à M. le Dr VERDUN (de Paris), pour son travail intitulé : *Le caractère et ses corrélations* ;

Prix Théodore Herpin (de Genève), à M. le Dr L. SINGER (de Strasbourg), pour son travail intitulé : *La psycho-chirurgie des névroses et des psychoses* ;

Fondation Jansen, l'une des dix parts a été attribuée à M. le Dr Pierre DESCLAUX (de Paris), pour ses travaux d'histophysiologie sur l'hypophyse et les corrélations neuro-hypophysaires ;

Prix Sabatier, à M. le Dr FISSORE (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *L'exploration radiographique dans les exophtalmies d'origine tumorale* ;

Prix Saintour, à M. le Dr METZGER (de Paris), pour son travail intitulé : *Description et classification des calcifications intracrâniennes*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1953 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 84.407. — 1953

C.O.A.L. 31.2330.